

DE LA CURE RADICALE

DE LA

HERNIE INGUINALE NON ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 juillet 1897, à 3 heures de l'après-midi

PAR

Alfred-David BLUM

Né à Hochfelden (Bas-Rhin)

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, professeur, président.
WEISS, professeur.
FÉVRIER, professeur agrégé.
FROELICH, professeur agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ☉.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✱, I ☉, HERRGOTT ✱, I ☉

HECHT ✱, I ☉, BEAUNIS ✱, I ☉.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, ✱ I ☉, professeur
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, ✱ I ☉, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I ☉, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I ☉, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I ☉, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ☉, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ☉, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I ☉, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I ☉, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I ☉, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I ☉, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ☉, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I ☉, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A ☉, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ☉, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A ☉, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A ☉, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ☉, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A ☉, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ☉, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✱, A ☉, ag., ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I ☉.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ☉.	GUILLOZ, A ☉.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✱, A ☉.	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN ✱, I ☉, ROHMER, I ☉, VAUTRIN, A ☉, REMY, A ☉, P. PARISOT, A ☉.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, A ☉, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MON AFFECTION FILIALE

ET DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MES FRÈRES

A MES BELLES-SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

Doyen de la Faculté

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRÆLICH

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROHMER, AGRÉGÉ
CHIRURGIEN DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

La cure radicale par opération sanglante de la hernie inguinale, non étranglée et sans complications, a été pratiquée sur un nourrisson, dans le cours de l'année 1897, dans la clinique de M. le professeur Heydenreich, par M. le professeur agrégé Frœlich qui le suppléait.

Ce mode de traitement, considéré par beaucoup de chirurgiens et des plus émérites, comme compromettant la vie de l'enfant, téméraire et aléatoire au point de vue des résultats éloignés, a donné cependant d'excellents résultats comme suites opératoires, et permet en plus de pronostiquer une guérison définitive.

Frappé d'une part par le résultat obtenu, d'autre part par la prudence, selon lui exagérée, des opérateurs qui respectent toujours la hernie des nourrissons comme un *noli me tangere*, M. Frœlich a pensé qu'il serait d'un grand intérêt précisément d'étudier les raisons qui militent en faveur de la cure sanglante de la hernie inguinale non étranglée et sans complication chez les nourrissons, à côté de celles qui sont favorables au bandage.

Mais jusqu'à quel âge un enfant peut-il être appelé nourrisson ? Pour les auteurs anglais, jusqu'à l'âge de vingt mois ; pour les Allemands, à peu près jusqu'au même âge. En France, la limite n'est pas bien fixée, elle oscille entre dix-huit et vingt mois. Nous ne nous

occuperons donc que d'enfants de cet âge. Dans tous les cas, aucun des petits malades qui rentrent dans le cadre de notre travail, n'atteint deux ans.

Arrivé au terme de notre scolarité, nous avons donc entrepris, sur les conseils de M. Frœlich, l'étude de cette question comme sujet de notre thèse inaugurale. La tâche est ardue, hérissée de difficultés, au-dessus de nos forces, nous le craignons. Les opinions les plus contradictoires ne partagent-elles pas, en effet, les chirurgiens de la plus haute valeur ? Les discussions brillantes se succèdent dans les Congrès et dans les Sociétés savantes sans amener un verdict définitif ou l'accord entre les partisans de l'abstention et ceux de l'intervention sanglante. Aussi n'avons-nous pas la prétention de résoudre cette question si controversée du traitement de la hernie infantile. Cette solution d'ailleurs ne peut être donnée qu'étayée par un bagage considérable d'observations et par leur interprétation impartiale et judicieuse. La suite des années se chargera donc de donner le dernier mot.

En étudiant la hernie inguinale chez le nourrisson, les différents traitements, leurs indications et contre-indications, en en augmentant un peu le matériel statistique, nous espérons obtenir les suffrages bienveillants et indulgents de nos juges.

Cette bienveillante indulgence ne nous a pas été marchandée pendant la longue durée de nos études.

Qu'il nous soit donc permis d'adresser ici nos remerciements et l'expression de notre profonde gratitude à tous nos maîtres de la Faculté. Leurs conseils judicieux et éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Nous sommes heureux de témoigner notre profonde

reconnaissance à notre ami M. le professeur agrégé Frœlich, qui nous a inspiré ce travail, qui ne nous a pas ménagé ses conseils et ses lumières. Il est assuré depuis des années de notre franc et cordial dévouement.

Que M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, daigne agréer nos sentiments de profond respect et nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre travail comporte les chapitres suivants :

I. Historique.

II. Considérations anatomiques.

III. Différents modes de cure radicale :

1^o Bandages. Indications, contre-indications ;

2^o Injections sclérogènes ;

3^o Cure radicale sanglante :

Procédés opératoires ;

4^o Indication de la cure radicale sanglante ;

5^o Contre-indications.

IV. Conclusions.

Statistiques.

Observations.

CHAPITRE I

Historique.

La cure radicale sanglante des hernies inguinales est peut-être le traitement chirurgical qui a subi le plus de fluctuations à travers le temps.

L'histoire de ces changements de doctrine est longue, il faut remonter jusqu'à Celse pour voir combien la hernie et son traitement préoccupaient le chirurgien. La cure par le bistouri pratiquée par les chirurgiens du seizième siècle est délaissée pour le bandage qui fleurit surtout à la fin du siècle dernier et au commencement du nôtre. Segond, dans sa thèse d'agrégation (1883), a fait cette histoire d'une manière complète ; elle est trop considérable pour en permettre ici le résumé. Nous n'en retiendrons qu'un point, c'est la renaissance de l'opération sanglante lors de l'avènement de l'antisepsie, époque qui est étroitement en relations avec la chirurgie moderne en général, avec la chirurgie des cavités et des viscères, en particulier.

La cure radicale fut donc mise en honneur, pour la hernie de l'adulte, grâce à Lucas-Championnière ; elle restait à l'état de lettre morte, d'opération impossible chez les enfants et particulièrement chez les nourrissons.

Ce n'est que vers 1880 que le bistouri fut employé pour le traitement des hernies inguinales infantiles, et

encore n'y recourait-on que lorsqu'il y avait étranglement.

Kocher (Berne) écrit en 1880 que la cure radicale chez les enfants était peu pratiquée parce que le bandage donnait de bons résultats, que l'opération, malgré l'antiseptie, était dangereuse, impossible, grâce aux souillures par l'urine et les matières fécales. Dix ans après, son opinion n'est plus la même.

Kœnig en 1885 considère également que le petit opéré est trop exposé à l'infection et à ses suites, malgré les précautions antiseptiques, le traitement doit être palliatif.

Anderegg (1886), interprétant une statistique de 273 hernies dont 16 enfants au-dessus de 2 ans et 2 au-dessous de cet âge, des nourrissons, est d'avis qu'à ce dernier âge la hernie inguinale libre ne doit être opérée que si le bandage n'empêche pas l'accroissement rapide.

Walter dit que le bandage guérit les hernies réductibles.

Haidenthaller (1890) conseille bien malgré lui de traiter par la cure radicale sanglante les grandes hernies ne permettant pas d'espérer la guérison spontanée.

La question de la cure radicale de la hernie inguinale a été brillamment controversée dans les séances du Congrès français de chirurgie en 1888 : Lucas-Championnière, Segond, Trélat furent les champions de l'intervention chez l'adulte ; leurs indications étaient restreintes pour l'enfant et surtout pour le nourrisson. Terrillon, Berger, Le Fort et d'autres encore n'en voulurent à aucun âge.

Cependant les résultats heureux de cure sanglante

chez les petits enfants, rapportés isolément et comme perdus dans la littérature, déterminent beaucoup d'auteurs à s'occuper plus intimement de la question ainsi posée, et nombre de chirurgiens ont modifié dans les années suivantes leur opinion première.

Mais tous ceux qui opèrent par principe la hernie étranglée chez le nourrisson, n'interviennent pas de propos délibéré. Ainsi Broca qui a obtenu de magnifiques succès, nous rapporte G. Gordon, n'opérait tout d'abord qu'après deux ans révolus, prenant pour ligne de conduite l'axiome de Trélat « toute hernie qui n'est pas constamment, facilement et complètement contenue, est passible de la cure opératoire. »

C. Sterne en 1892 rapporte un cas heureux chez un enfant de trois semaines.

Hoche en 1888 parlant des cures radicales de Petersen (Kiel) enregistre des succès complets, à partir de l'âge de deux ans.

Thomas H. Manley voit de nombreuses indications à l'intervention chez les enfants de tout âge ; selon lui le plus tôt possible vaut le mieux. A la même doctrine se rallie O'Neil (1891), tandis que Parker essaye d'abord le bandage, en cas d'échec il fait la cure radicale.

Bayer (1891) est favorable à la cure radicale quand la hernie est volumineuse et incoercible.

Forgues de Bordeaux a opéré un nourrisson d'une hernie inguinale libre en 1893.

Félizet de Paris d'adversaire de la cure radicale qu'il était, est devenu le partisan le plus déterminé de cette opération pour la hernie étranglée à tous les âges.

Rémy de Paris opère également et suivant les mêmes indications.

Phocas de Lille et son élève Jacquemelle publient des observations de cure radicale chez des nourrissons à hernie non étranglée.

Au XX^e congrès des chirurgiens allemands en 1891, Karewski défend la même thèse.

Henry O'Hara opère à parler de la 1^{re} année.

William B. Coley opère également sous certaines conditions.

Szumann, en 1894, publie un travail dans lequel il conclut à l'opération sanglante chez le nourrisson, et il se base ce disant sur ses observations.

Enfin Beresowsky, interprétant les opérations radicales de Kocher, va jusqu'à dire qu'il est du devoir du médecin de préférer en toute circonstance le bistouri au bandage.

Qu'est-ce qui se dégage de cette sèche énumération historique ? C'est que le champ des indications de la cure opératoire des hernies inguinales s'est considérablement élargie, que la cure radicale a gagné progressivement, mais de façon marquée, du terrain : Avec Lucas-Championnière la cure radicale chez l'adulte est remise en honneur ; peu de temps après, nous voyons d'autres chirurgiens en grand nombre tenter la guérison sanglante chez les enfants en cas d'étranglement ; enfin ils entreprennent l'opération chez les petits hernieux de propos délibéré, l'âge le plus tendre n'étant plus une contre-indication.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques

La hernie inguinale des nourrissons est une hernie congénitale, qu'elle existe à la naissance ou qu'elle se produise plusieurs mois après la naissance.

Duret, dans sa thèse d'agrégation (1888), dit qu'il faut adapter le mot congénital moins à la hernie, simple accident consécutif, qu'au vice de conformation qui y prédispose : la non-oblitération du conduit vagino-péritonéal.

Le canal vagino-péritonéal, qui joue un si grand rôle dans la production de la hernie inguinale, s'étend depuis l'orifice interne du canal inguinal jusqu'au fond des bourses. Il se dirige de haut en bas et de dehors en dedans. La direction est d'abord peu oblique, pour le devenir beaucoup plus à l'orifice externe du canal inguinal. Il forme à ce niveau un angle obtus qui regarde en dehors et en bas. Cette description s'applique au canal complet, celui qui s'étend du péritoine au fond du scrotum, et à l'extrémité inférieure duquel se trouve le testicule. Il y a une autre variété de conduit séreux dont le fond ne dépasse pas le fascia transversalis fibreux, enfin un troisième conduit, qui est complètement ouvert aux deux extrémités, dans la cavité abdominale et dans la cavité péritesticulaire.

Quant à la forme du canal séreux, elle est irrégulière. Il ressemble tantôt à un cylindre irrégulier à extrémité

supérieure ouverte et à l'extrémité inférieure en cul-de-sac, tantôt à un sablier, tantôt les points rétrécis sont nombreux.

D'une grande importance en herniologie est l'étude des rapports du conduit séreux avec les différents éléments du cordon spermatique. Les vaisseaux et le canal déférent dans beaucoup de cas, cheminent côte à côte sur la partie médiane postérieure du conduit. Mais il n'est pas rare de voir à la sortie du trajet inguinal, les vaisseaux sanguins s'éloigner du canal déférent. Celui-ci se trouve au milieu du canal séreux, tandis que les vaisseaux en occupent la partie postérieure ou même latérale. Dans ce cas, le canal séreux est placé entre les vaisseaux et le canal déférent. Dans le parcours vers le testicule, la situation des vaisseaux et du canal déférent s'adapte à la forme du conduit, ils s'accolent étroitement à sa paroi. Dans bien des cas, cependant, la connexion n'est pas intime, vu que les vaisseaux et le canal déférent cheminent séparés de lui, entourés dans du tissu conjonctif, à certains points rétrécis. Quand on fait une coupe transversale, on voit d'ailleurs que la lumière du conduit péritonéo-vaginal affecte soit la forme circulaire ou ovale, soit celle d'une fente irrégulière, ce qui explique le changement de rapports.

En règle générale, à l'intérieur du canal inguinal et à la partie supérieure du cordon spermatique, les vaisseaux et le canal déférent sont plus près de la paroi du conduit séreux qu'à la partie inférieure du cordon.

Ces faits anatomiques, nous avons hésité à les décrire ; mais comme dans la cure sanglante de la hernie chez le nourrisson, les séreuses et les éléments du cordon jouent un si grand rôle, il était peut-être bon de se

les rémémorer. Ajoutons que le sac herniaire, formé aux dépens de la séreuse péritonéale, n'est pas toujours pareil ; il est tantôt mince, tantôt épaissi. Cependant, sa paroi, dans les cas récents, chez les enfants, par conséquent, et c'est notre cas, est très mince, transparente. (Berger.)

Le cordon lui adhère, il étale ses éléments sur sa paroi, ce qui rend l'isolement laborieux et expose l'opérateur, en raison de la ténuité des vaisseaux et du canal déférent, malgré les plus grandes précautions, à déchirer quelquefois ces organes si importants.

Karewski s'exprime de la manière semblable sur la structure du sac, ses rapports avec le cordon.

Le sac herniaire des petits enfants, dit-il, n'est jamais ferme, épais, mais il se présente sous forme de membrane étalée, fine comme une toile d'araignée, souvent adhérente au testicule d'un côté, aux éléments du cordon de l'autre. Le cordon est rarement constitué par un faisceau indépendant, bien plus souvent ses éléments sont séparés et étalés sur le sac herniaire et son collet.

L'orifice herniaire, d'après cet auteur, serait étroit très souvent et ne laisserait passer qu'un doigt. Le canal inguinal est court, sa direction est droite, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, où son trajet est oblique.

Nous insisterons encore sur cette particularité anatomique bien connue, à savoir que, dans un grand nombre de hernies inguinales infantiles, les plans musculaires de la paroi abdominale, spécialement le petit oblique et le transverse sont moins développés et descendent moins bas que dans l'état normal.

Une malformation fréquente, qui entrave la guérison spontanée ou par le bandage de la hernie et qui consiste dans l'absence d'un ou des deux piliers, a été bien étudiée par Félizet qui, un des premiers, s'en est fait une arme contre le bandage.

CHAPITRE III

Différents modes de cure radicale

BANDAGE. SES INDICATIONS, SES CONTRE-INDICATIONS

Le traitement par le bandage et le traitement par l'instrument tranchant sont les deux principaux moyens entre lesquels le chirurgien hésitera pour obtenir la guérison radicale de la hernie infantile.

De tout temps les médecins ont appliqué le bandage comme moyen de contention et de guérison. Mais ce n'est que lorsque les chirurgiens devant l'insuffisance, la simplicité des appareils, les faisaient construire suivant leurs indications basées sur l'observation clinique, que l'art du bandagiste s'est perfectionné et a mis à la disposition du médecin un moyen de contention et de guérison possible. Malgaigne est le premier qui s'est adonné vigoureusement à l'étude rationnelle du bandage

A la question : le bandage bien fait, bien placé et porté de façon continue guérit-il les hernies inguinales, congénitales ? Cet illustre chirurgien répond qu'on peut poser en fait que ce que produisent les meilleurs procédés opératoires peut être aussi produit par un bandage rationnel. Cette croyance est fondée lorsqu'il s'agit de certaines catégories de hernies. Des auteurs plus récents abondent dans ce sens ; Garmo de New-York estime que plus du quart de ses hernies sans différence d'âge, traitées par le bandage ont été guéries radicalement.

Berger s'appuyant sur une statistique considérable dit que la grande majorité des enfants ayant porté le bandage ont été guéris ; et il y croit si bien qu'il prétend prouver que la guérison par les bandages ou même la guérison spontanée des hernies congénitales simples est une règle qui ne comporte presque pas d'exceptions tout au moins avant la quinzième année. (?)

Lucas-Championnière, beaucoup moins optimiste à l'égard du bandage admet la possibilité de la guérison, mais les cas guéris sont l'exception. Broca tout en déclarant que le bandage peut être d'un effet utile et durable, fait des réserves sur la durée et insiste sur l'apparence de guérison qui donne souvent une fausse sécurité.

Cet auteur cite notamment un enfant hernieux de naissance qui, guéri à la suite du port prolongé d'un bandage, de 4 à 10 ans, a vu sa hernie revenir, grâce à un effort, 9 ans après sa guérison.

Devant de telles opinions émanées de maîtres, on peut devenir perplexe. Ce qu'il faut retenir, c'est que le bandage guérit un grand nombre de hernies lorsqu'il est fait et appliqué rationnellement. Cette guérison peut et doit se faire. Elle se fait, nous l'avons dit à la fin de notre chapitre anatomique, suivant un processus normal. Si en effet, nous consultons les statistiques, par exemple, celle de Malgaigne, qui porte sur 300 hernies inguinales de tout âge nous trouvons :

de 0 à 1 an.....	22
------------------	----

de 1 à 5 ans.....	7
-------------------	---

dans la statistique de Wernher :

de 0 à 1 an.....	5,070
------------------	-------

de 1 à 5 ans.....	1,821
-------------------	-------

Eh bien, nous voyons dans les années au-delà de l'âge du nourrisson, jusqu'à cinq ans, que la proportion des hernies est moindre des $\frac{2}{3}$, par conséquent, au moins $\frac{1}{3}$ guérit spontanément ou grâce au bandage, fait connu.

Le $\frac{1}{3}$ restant peut être attribué à la mort par étranglement ou toute autre cause. Comment la guérison s'est-elle effectuée ?

1° Les piliers se sont rapprochés ;

2° La séreuse du collet s'est oblitérée ;

3° La capacité abdominale pendant l'enfance s'est accrue rapidement, et avec elle s'est élevé le point auquel correspond l'insertion mésentérique de l'intestin ;

4° Le canal inguinal qui tout d'abord était vertical et antéro-postérieur devient oblique ce qui empêche l'issue facile de l'intestin.

Le bandage n'aura pas rempli toute sa tâche lorsqu'il aura, par la pression qu'il exerce sur le trajet inguinal, produit une certaine irritation de la séreuse péritonéo-vaginale qui s'oblitérera ; mais il faudra encore qu'il empêche le canal inguinal de faire appel à la sortie de l'intestin pendant la toux et l'effort. Il est donc nécessaire que le canal soit assez étroit pour ne laisser passer que le cordon spermatique, qu'il soit imperméable pour l'intestin. Or, le canal pour suffire à ce rôle, doit être bien conformé, qu'il ait des piliers normaux rapprochés et résistants. Si l'un de ces piliers ou les deux manquent, s'ils sont éloignés l'un de l'autre ou malformés, le bandage ne guérit pas la hernie, il ne sera que palliatif. Il n'en est pas moins vrai que par l'action seule de la contention, il rend de grands services.

Le traitement devra être commencé dès les premiers jours de la vie, comme pour le pied bot, si sa hernie se montre à la naissance ; si plus tard, aussitôt après son apparition. L'appareil appliqué sera le bandage en caoutchouc avec pelote insufflée. Il est facile à placer, facile à nettoyer et il ne blesse pas.

Lorsqu'il se montre insuffisant par suite de sa laxité et que les chairs de l'enfant seront devenues plus fermes, au bout de quelques mois, on le remplacera par le bandage français ou anglais à ressort, à pelote pleine, garnie de caoutchoux, ce qui rend son lavage journalier facile.

Chez l'enfant appartenant à une classe sociale moyenne ou élevée, les résultats sont toujours bien supérieurs à ceux que l'on obtient dans la clientèle hospitalière. Le choix du bandage sera fait avec beaucoup plus de soin ; dès que la hernie sera sortie les parents la rentrent ; les soins d'hygiène empêcheront l'érythème et les ulcérations de se produire.

Sitôt que le bandage sera usé, trop petit ou sali, on le remplacera, toutes précautions indispensables pour faire produire au bandage son maximum de rendement.

D'une manière générale, le traitement orthopédique doit être préféré ; mais nous n'irons pas jusqu'à dire que le bandage est l'unique traitement, et surtout, qu'il doit être utilisé dans toutes les variétés de hernies inguinales sans examen préalable.

La hernie de l'enfant, en effet, peut être réductible et coërcible, ou bien réductible et incoërcible, ou bien encore irréductible, volumineuse. Suivant qu'on a à traiter l'une ou l'autre de ces variétés, les indications changent, gagnent ou perdent du terrain.

Si la hernie se réduit facilement, le bandage est tout indiqué, d'autant plus qu'il s'agit de hernie peu volumineuse, récente et que l'enfant est plus jeune. Dans ce cas, la guérison est sinon certaine, du moins très probable. Segond nous fait très bien comprendre ce mécanisme : « Durant l'enfance et la jeunesse, le canal tout entier présente une tendance naturelle au rapprochement de ses parois. Dilatées temporairement par le passage des viscères herniés, les parois du canal ne demandent pour ainsi dire qu'à revenir sur elles-mêmes sans laisser subsister d'autre espace que celui strictement exigé par la présence du cordon chez l'homme, et du ligament rond chez la femme. Ainsi nous trouvons encore dans la constitution anatomique de l'orifice herniaire des conditions favorables à la guérison de la hernie, pourvu qu'elle soit congénitale, petite ou récente, et surtout pendant la première enfance. »

La réduction se maintient, la hernie disparaît au bout de quelques mois, et ne reparait plus pendant un an, la moindre impulsion fait défaut pendant les cris, les efforts, la toux : la hernie est-elle guérie pour cela ? Nous pouvons répondre affirmativement avec Tillaux, si nous trouvons un orifice parfaitement fermé, des piliers solides. Mais souvent cette guérison n'est qu'apparente, on constate des récidives à des échéances plus ou moins éloignées. Donc, dans les cas les plus favorables, nous avons une certaine réserve à formuler.

Les hernies réductibles, mais incoercibles, sont encore beaucoup moins du domaine du bandage. Ici l'emploi du suspensoir trouve sa place en attendant une intervention plus énergique, l'intervention sanglante. Quant aux hernies irréductibles, le bandage doit être rejeté.

Mais de quelle nature que soit la hernie inguinale infantile, le médecin doit songer à la possibilité de l'étranglement que le bandage n'empêche pas toujours.

L'étranglement est rare, d'après la plupart des herniologues, mais il survient plus souvent qu'on ne l'a dit. Ainsi Benno Schmidt cite par Knobloch, de Breslau, trouve sur 94 étranglements d'enfants jusqu'à 13 ans plus de la moitié chez des enfants d'un an, environ le quart chez ceux âgés d'un an à deux ans. Knobloch, qui a réuni dans sa statistique 83 cas d'étranglements chez des enfants n'ayant pas plus de 2 ans, constate les $\frac{2}{3}$ dans la première année. D'autres statisticiens allemands en rencontrent beaucoup moins, quelques cas isolés, d'autres n'en ont jamais vu à cet âge. En France, Féré a réuni 57 cas d'étranglement chez des enfants de moins de deux ans, et il en conclut que la hernie inguinale s'étrangle relativement facilement chez les nourrissons. Tariel dit que l'étranglement réputé rare est encore assez fréquent. Mais Gosselin n'en a jamais vu ; de Saint-Germain et Lannlongue un nombre infime.

Quoi qu'il en soit, l'étranglement est une complication à craindre, le bandage ne le conjure pas absolument dans la hernie réductible coërcible ou incoërcible. Les chances d'étranglement ne sont pas moindres pour les hernies irréductibles. Un adversaire de l'école du bandage à tout prix, Karewski, reconnaît qu'aucun chirurgien ne prescrira le bandage, tant que celui-ci est bien supporté, qu'il maintient bien la hernie, que le volume de celle-ci n'augmente pas, puis qu'on sait que la guérison de celle-ci peut survenir avec une grande probabilité.

Mais chez certains petits hernieux, le bandage, malgré

tous les soins rencontre des difficultés ; la hernie contenue est douloureuse, amène des alternatives de constipation et de diarrhée ; elle devient la cause d'érythème, d'eczéma, d'ulcérations.

Or, ces ulcérations peuvent ouvrir la porte à toutes les infections. Et puis, ce qui est mauvais à un autre point de vue, les parents enlèvent souvent pendant des jours et des semaines ce bandage, qui pour aboutir à la guérison, devrait être en place continuellement, pendant des mois, jour et nuit.

Qu'arrive-t-il alors ? La hernie ne trouvant plus aucun obstacle sortira, brisera pendant un accès de toux les adhérences obtenues au prix d'une surveillance attentive et prolongée.

Cela est vrai pour les enfants des classes aisées, à plus forte raison ce danger est-il plus grand pour les enfants pauvres où la surveillance est sujette à caution, où la propreté est douteuse, où le renouvellement de l'appareil se fait rarement et dans de mauvaises conditions.

La hernie peut donc, de réductible qu'elle était devenir irréductible, et augmenter de volume. De plus, l'étranglement reste toujours une menace dangereuse.

En résumé, lorsqu'on a affaire à une hernie réductible grosse ou petite, le bandage doit être appliqué. Il peut guérir la hernie à peu près sûrement, si son emploi est judicieux et constant. La hernie incoercible et irréductible exige un autre traitement. Ici se pose l'indication de la cure sanglante.

INJECTIONS SELÉROGÈNES.

Comme le bandage n'a pas toujours donné tout ce qu'on en espérait, différents chirurgiens, Luton en France, Schwalbé en Allemagne et d'autres encore, ont proposé, il y a quelques années, les injections péri-herniaires d'alcool, destinées à irriter les tissus, à produire à la longue par des injections répétées des adhérences entre les parois du sac et à former ainsi une barrière à la hernie.

Cette méthode est longue et douloureuse ; aussi est-elle tombée d'elle-même.

Lannelongue dans ces derniers temps a relevé ce procédé thérapeutique, en changeant simplement le liquide à injecter. Dans une séance de l'Académie de médecine en 1896, l'auteur présente des malades, et décrit son manuel opératoire : Les précautions antiseptiques étant prises, l'enfant anesthésié, un aide place ses doigts sur la paroi abdominale, vis-à-vis l'orifice inguinal profond, pour éviter toute effusion de liquide dans le péritoine.

On injecte une solution de chlorure de zinc au 1/10, on distribue les piqûres autour du canal inguinal et de son orifice externe. Cinq piqûres de V à VI gouttes chacune paraissent suffisantes. On en fait 2 en dehors, 2 en dedans, une en bas. Il suffit de faire passer l'extrémité de l'aiguille au-dessous du cordon que l'on récline, et de l'enfoncer jusqu'à l'os pubien. On applique ensuite un pansement compressif. La durée de l'opération est de 3 minutes.

Les résultats immédiats sont les suivants : gonflement

énorme de toute la région, s'étendant en profondeur au péritoine, en bas jusqu'à l'os, dépassant en dedans la ligne médiane; gonflement dur, scléreux, adhérent à l'os, et à la peau et effaçant le canal inguinal, vaginalité séreuse d'abord, plastique ensuite, qui témoigne de l'oblitération du canal vagino-péritonéal et du sac herniaire.

Pas d'autres complications qu'une eschare superficielle, et pas toujours. Les enfants se lèvent au bout de huit jours. A l'examen de la région on sent un bouchon masquant l'orifice, la toux ne produit pas d'impulsion.

Ce que fait Lannelongue sur des enfants d'un certain âge, est peut être applicable également aux nourrissons.

Son traitement a l'avantage d'être de courte durée, et de se faire en une séance. Mais il exige le chloroforme, et est douloureux au réveil. Et puisqu'il faut endormir, pourquoi ne pas recourir à la cure sanglante où l'on voit ce qu'on fait, et où l'on ne risque pas d'injecter du liquide dans le péritoine, si l'aide a mal bouché l'orifice inguinal profond.

Mais ne considérant que les succès obtenus, il faut reconnaître que cette méthode promet beaucoup, que l'avenir la désignera peut être au choix des chirurgiens pour la cure radicale de la hernie infantile. Pour le moment, les résultats ne sont pas encore assez nombreux, par conséquent pas assez probants pour statuer définitivement sur cette méthode.

CURE RADICALE SANGLANTE. — PROCÉDÉS
OPÉRATOIRES.

Nous en arrivons au troisième mode de traitement de la hernie inguinale infantile, à la cure radicale, mieux nommée cure sanglante, ou opératoire. Avant d'étudier ses indications et ses contre-indications, examinons quelques procédés.

Ils sont nombreux, presque tous les chirurgiens possèdent un manuel opératoire personnel qu'ils croient capable de donner les meilleurs résultats, qu'ils modifient quelquefois de façon ingénieuse suivant les besoins. Le procédé de Lucas-Championnière est celui que presque tous les chirurgiens français emploient en le modifiant plus ou moins.

1^o Lucas-Championnière dissèque le sac aussi haut que possible, en l'attirant au dehors pour poser une ligature. Le pédicule rentre dans l'abdomen, et ainsi il ne reste pas trace d'amorce.

2^o Pour trouver un soutien, un point d'appui contre l'effort des viscères, il compte sur « l'union, la fusion des surfaces saignantes et surtout du tissu cellulaire qui réunit toutes ces parties ». Il suture les parties molles quelconques, tissus fibreux et cellulaire sous-cutané, avec des fils de catgut, de façon à former à l'endroit où se trouvait autrefois le collet du sac une cicatrice résistante, épaisse. Mais il ne suture pas les piliers.

Ce procédé a été appliqué grand nombre de fois et avec succès, mais presque toujours sur des adultes. On est en droit de se demander si le succès aurait été aussi souvent constaté, il s'était agi de nourrissons. En effet,

cette méthode a le tort d'être très longue, d'exiger par conséquent beaucoup de chloroforme, et d'entraîner une perte appréciable de sang. De plus, elle ne tient pas suffisamment compte du rôle des piliers.

Le manuel opératoire de Phocas, de Lille, se rapproche de celui de Lucas-Championnière, mais l'auteur reconnaît lui-même que la dissection du sac présente de sérieuses difficultés, que le canal défèrent et les vaisseaux risquent d'être lésés pendant l'isolement du sac et l'excision de la séreuse. Aussi lui arrive-t-il de ne pas achever ce temps de l'opération. Tantôt il suture les piliers, tantôt il s'abstient.

Phocas ne ferme pas complètement la plaie cutanée, dans le but de placer un drain de gaze, dans une opération cependant il ne se sert pas de drain.

Broca, qui s'inspire également du procédé de Lucas-Championnière, s'écarte de ce dernier en ne poussant pas la dissection du sac et du collet aussi loin que lui ; l'isolement est moussé, ce qui demande peu de temps et peu de sang. Mais comme lui, Broca extirpe le sac.

Félizet qui a opéré en France le plus grand nombre de hernies inguinales infantiles, divise son manuel opératoire en 6 temps :

1^o Incision de la peau ;

Il la fait très haut, loin du scrotum et souvent transversale.

2^o Recherche du cordon ;

3^o Dissection du cordon ;

4^o Recherche du sac ;

5^o Ouverture, décollement du sac et ligature du collet, excision du sac ;

6^o Suture du trajet inguinal (suture des piliers).

Le temps important avant tout, c'est la suture des piliers, ou s'ils font défaut, des bords de l'orifice.

Les piliers ou bords de l'orifice maintenus accolés pendant un certain temps, l'irritation produite par les sutures contribuera à former une barrière solide, infranchissable.

Il serait trop long de relater tous les procédés opératoires mis en usage par les chirurgiens des différents pays. Citons sans les décrire les procédés de Reverdin, de Scerny, de Socin de Bâle, qui combinent l'excision du sac et la suture des piliers.

Ball fait subir au sac une torsion et comprend dans une même suture le sac et les piliers.

Mac-Even plisse le sac, y passe un fil, le replie de façon que la partie inférieure se trouve en haut. Puis il l'introduit au-delà de l'orifice interne, où il forme un bouchon organique.

Bassini fend le trajet inguinal en avant et en arrière et les reconstitue après ligature et excision du sac. Or, chez l'enfant, le canal n'existe pour ainsi dire pas, son procédé n'a donc pas sa raison d'être.

Les traits caractéristiques du procédé que Karewski croit particulièrement bon chez les enfants sont les suivants : Après être arrivé sur le sac, il l'amène au dehors du scrotum, pratique l'isolement mousse en surveillant rigoureusement les éléments du cordon. La séreuse, bien isolée, est incisée, puis tordue, après que sa partie inférieure en a été séparée. Cette torsion a pour effet de soulever et d'écarter le péritoine pariétal au-delà de l'anneau supérieur. Puis on place une ligature au-dessous de l'anneau inguinal. Le bouchon ainsi

formé va se placer à la partie interne de l'orifice et constitue un obstacle suffisant au choc de l'intestin par le collet, la partie supérieure du sac et le fil. Les autres enveloppes herniaires sont laissées en place, sans être réunies. Pas de sutures des piliers. Karewski remplit ensuite avec un tampon de gaze iodoformée toute la cavité jusqu'à l'anneau supérieur, réunit la peau par des sutures multiples, sauf à un endroit déclive par où passe ce drain de gaze.

L'opération ne prend que quelques minutes, sauf quand il y a des adhérences et la perte de sang est si petite qu'en général il n'est pas besoin de lier les vaisseaux.

Les résultats que Karewski a obtenus par ce manuel opératoire sont excellents.

M. Frœlich pense, lors du choix du procédé opératoire, qu'il est nécessaire de se baser sur les dispositions anatomiques spéciales du canal inguinal et de la hernie chez le tout petit enfant et sur le processus normal de guérison à cet âge. Ce processus, nous l'avons décrit dans nos Considérations anatomiques. Ces dispositions permettent de s'abstenir, dans la cure radicale de l'enfant, de l'isolement du sac. La plupart des opérateurs reconnaissent que ce temps opératoire est long, quelquefois dangereux, que très souvent il ne réussit pas à cause des multiples déchirures que l'on fait à la séreuse, ce qui rend la ligature du cordon ou la torsion du collet impossible. Aussi ce temps opératoire a-t-il été supprimé. La vitalité des tissus, qui constituent les piliers, leur permettent de proliférer, leur suture n'est pas illusoire comme chez l'adulte.

La suture des piliers et l'oblitération du collet du

sac par suture également, imitent le processus de guérison normal et spontané de la hernie.

Aussi l'opération exécutée chez le petit malade de l'observation première, est la suivante :

1^o Incision de 5 centimètres sur l'orifice inguinal ;

2^o Isolement du collet du sac après réduction du contenu de la hernie, mais sans ouvrir le sac ;

3^o Suture des piliers, l'index gauche placé dans l'anneau pour guider les fils ;

3^e Oblitération du collet péritonéal par un dernier fil qui passe à la fois dans les piliers et à travers le collet.

Cette intervention présente l'avantage de la rapidité, elle n'a duré que 10 minutes, pansement compris ; elle n'ouvre pas le péritoine, elle favorise le processus naturel de la guérison ; enfin elle est d'une innocuité absolue.

Le gonflement des bourses est fréquent, mais généralement disparaît au bout de dix jours au plus.

D'ailleurs, les adultes opérés de la hernie n'en sont pas exempts.

Quand il y a hernie double, faut-il opérer les deux en même temps ? Félizet opère à plusieurs semaines d'intervalle ; Kocher opère dans la même séance (Bere-sowsky) ; M. Frœlicq également. Il est donc permis de croire que les deux manières de faire sont également bonnes, si on juge par les résultats.

SOINS POST-OPÉRATOIRES ET TRAITEMENT CONSÉCUTIF

Lorsque la plaie est suturée et nettoyée par des liquides antiseptiques, on applique généralement un pansement compressif : iodoforme, épaisse couche de coton,

spica double. Ce pansement sera renouvelé aussi souvent qu'il sera souillé par les urines, les matières fécales et les liquides de suintement, pour éviter la macération de la région opérée, les abcès, toutes choses qui aggravent les suites du traumatisme. Mais nous voyons, malgré ce changement fréquent du pansement ou peut-être à cause de lui, des inflammations de la cicatrice se produire. C'est que cette plaie encore mal fermée est exposée à l'air fréquemment et peut facilement s'infecter pendant les courts moments qui se passent entre l'enlèvement du pansement souillé et l'application du pansement nouveau. De plus, les points de suture sont ainsi tirillés, tourmentés, ce qui peut nuire à leur accolement rapide et normal.

Pour obvier à ces contretemps on recouvre la suture d'une couche de substance adhésive, protectrice, inaltérable suffisamment pour ne pas exiger son renouvellement jusqu'à l'enlèvement des fils. Ces conditions sont réunies bien mieux par le stérésol du docteur Berlioz que par tous les autres corps collants en usage. Dans l'observation première, le stérésol est resté en place 7 jours, jusqu'à la cicatrisation complète. Après la cicatrisation, on continuera la compression sur la région inguinale, elle doit durer plusieurs semaines.

Le repos au lit, indispensable chez les adultes et les enfants âgés, n'a pas sa raison d'être chez le nourrisson. Il suffit de surveiller le pansement qui maintient assez bien les parties intéressées ; et puis, le nourrisson ne s'agite pas, d'une manière générale.

La constipation sera combattu par le calomel à petite dose.

Le refroidissement pouvant donner des maladies à

toux est particulièrement à éviter. Car les efforts de la toux troublent la cicatrisation régulière, affaiblissent la zone opératoire en lançant l'intestin contre la région inguinale encore peu solide et préparent ainsi la récurrence. Le tissu jeune doit pouvoir s'organiser à l'abri de toute cause perturbatrice.

Faut-il faire porter au petit opéré un bandage ?

Félizet considère qu'avec la suture des piliers, le bandage est inutile ; Broca pense comme lui et Karewski également. Les nourrissons opérés par Kocher de Berne n'en portent pas non plus. Forgues, v. Büngner, Anderegg ne le prescrivent pas davantage. Phocas, dans deux de ces cas, le juge superflu ; dans un autre cas le prescrit par précaution. Czerny le conseille également après l'opération, du moins pendant un certain temps.

L'opinion de M. Frœlich est que le port du bandage est prudent lorsqu'on perçoit de l'impulsion de l'intestin, si légère soit-elle. Nous croyons, en effet, que cette précaution, sinon absolument nécessaire après toutes les cures radicales, est cependant quelquefois indiquée.

STATISTIQUE tirée de Schönfeldt.

(Arch. f. Kinderheilk., 1885.)

AGE et NOMBRE.	GUÉRISON	DÉCÈS.	RÉCIDIVE.	DURÉE moyenne DE LA PLAIE.	ACCIDENTS TRAUMATIQUES	AUTEURS ET OUVRAGES.
8 enfants de 0-1 an. 19 — 1-2 —	27	0	1 à la suite de suppuration.	14 jours.	1 suppuration. 1 abcès.	Broca (<i>in</i> Schönfeldt et G. Gordon).
1 enfant de 15 mois.	1	0	?	15 jours.	Néant.	Silcock (Brit. med. Journ.) 1888.
1 enfant de 4 mois.	1	0	?	20 jours.	Néant.	Roberts, 1891.
1 enfant de 14 mois.	1	0	0	28 jours.	Néant.	O'Hara (Brit. med. Journ.) 1893.
4 enf. de 0-2 ans...	4	1 ne dépendant pas de l'opération.	0	20 jours.	1 point de suture dans 1 cas supprimé.	Szumann (Therap. Monat.) 1894.
34 enfants	34	1	1	Entre 14-28 jours.	3 cas de suppura- tion dont 1 mortel.	

NATURE de la HERNIE.	AGE.	DATE de L'OPÉRATION.	DÉPART.	ÉTAT ACTUEL.	DÉBUT de la HERNIE.	MANUEL OPÉRAtoire.	SUTURE.	INDICATION.	RÉSULTAT IMMÉDIAT.	RÉSULTAT DÉFINITIF.	OBSERVATIONS.
Haemi. H. ing. ext. gauche.	9 mois.	2 mars 1891.	10 mars 1891.	H. congé- nitale ré- ductible. Vol. d'une noix. Orif. herniaire laisse passer un doigt.	Dès la naissance	Réséction du sac après ligature et ouverture	Suture du canal à la soie.	»	Guérison par première intention en 8 jours.	Guéri. Vu le 7 juillet 1894. Pas de bandage.	»
Weber. H. ing. ext. double.	21 mois.	15 mars à gauche	23 mars	Congéni- tale ré- ductible. Petite. L'orifice laisse passer un doigt.	3 semaines avant l'opéra- tion.	»	»	Double.	»	»	Sac herniaire très délicat, mince.
»	»	à droite.		H. congé- nitale scrotale, réducti- ble, laisse passer le doigt.	Dès la naissance	»	»	«	»	»	»
Rupprecht. H. ing. ext. droite.	9 mois.	17 août.	30 août.	H. congé- nitale ré- ductible. Vol. d'une noix. L'orifice laisse passer l'extr. du petit doigt.	4 semaines après la naissance	»	5 points de suture à la soie du canal.	»	Guérison par première intention en 13 jours.	Guéri. Vu le 5 juillet 1894. Pas de bandage.	Sac très mince.

Egerton. H. ing. ext. droite.	15 mois, 30 août, '41 sept.	H. congé- nitale double, scrotale, à droite, comme un œuf. l'orifice laisse passer 2 doigts à droite.	Depuis 1 an.	»	Plus, suture du canal.	Volume.	Guérison par première intention en 11 jours, de malaise.	Récidive le 18 juillet 1894. Pas de malaise.	Contenu append. hernia- cal, ause intestinale.
N. N. (H. double). H. ing. ext. droite.	18 mois. 25 oct.	16 nov.	Depuis 6 semaines, à peine.	»	5 sutures du canal à la soie.	Incoercible.	Le 27 nov., abcès. Les fils restent en place. Première intention, 24 jours. Pas de sou- lèvement par la toux. Première intention. Guérison le 10 août 1894.	Guéri le 10 août 1894.	»
H. gauche.	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Stettler. H. ing. ext. gauche.	11 mois. 7 déc. 1892.	15 déc. 1891.	Depuis l'âge d'un mois.	Méthode modifiée.	8 sutures à nœud.	Volume.	Guérison par première intention en 8 jours.	Guéri le 16 juillet 1894. Pas de bandage.	»
Parott. H. ing. ext. gauche.	13 mois. 16 juin 1893.	25 juin.	»	Avec légère torsion.	6 sutures à nœud.	Volume.	Guérison par première intention en 8 jours.	Guéri le 21 juillet 1894. Pas de bandage.	»

STATISTIQUE d'un article de KAREWSKI,
où ne rentrent que les enfants de moins de 2 ans, avec hernie inguinale non étranglée.

AUTEUR et OUVRAGE.	AGE.	HERNIES NON ÉTRANGLÉES	GUÉRISON.	DÉCÈS.	Pas de récidive pendant l'année suivante la cure médicale.	RÉCIDIVE TARDIVE.	ACCIDENTS du TRAUMATISME.	MÉTHODE OPÉRATOIRE.	REMARQUES.
Leisrink. Moderne Radical 1888.	Au-dessous de deux ans.	3	3	»	3	»	Phlegmon 2. Supp. 1. Périt. sept. 2.	Ligature et suture des piliers. 1 fois sans suture	L'auteur a fait la cure radicale chez 8 enfants de 2-5 ans, il y a eu 2 décès. Les récidives ont lieu avec la suture.
Anderegg. 1886.		3	3	»	3	»	Durée de la guérison de la plaie 21 jours.	Ligature et suture de l'orifice herniaire.	
Franks. Brit. med. Journ. vol. II, 1887.		1	1	»	1	»	»	Réunion par suture du canal herniaire.	
Barker. (Ibid.)		1	1	»	»	»	»	Suture du canal et fermeture en matelas.	
Banks. (Ibid.)		2	1	1	1	»	Rien.	Extirpation du sac, suture des piliers.	

Nombre des cas d'hernies ing. non étr. opérées	SEXES ET AGE		GUÉRISON		DÉCÈS	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS	AUTEURS ouvrages ANNÉES	REMARQUES
7	Garçons de 9 mois..... 2 11 mois..... 1 15 mois..... 2 18 mois..... 1 21 mois..... 1		7		0	Réunion par première intention. 5 fois en 8 jours. 1 fois en 11 jours. 1 fois en 13 jours. 1 fois à cause d'un abcès. La réunion se fait en 24 jours.	3 guérisons définitives. Les enfants de 9 mois sont vus 39 mois après et 33 mois et demi après l'opér. Les autres enfants, 33 m. 1/2. — 20 mois. — 43 mois. Un enfant non suivi. 1 récidive sans malaise 1 récidive tardive.	Beresowsky (Koeher) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (1893).	La récidive peut être attribuée à une suture mal faite par un jeune assistant.
21	Garçons de moins de 2 ans.		19		2	Guérison de la plaie variable suivant les auteurs; dure entre 10 et 20 jours en moyenne.		Karewsky Deutsche med. Wochenschrift 1892.	Un décès par phlegmon de longue durée; la cause du 2 ^e est inconnue.
34	Garçons de 0-1 an..... 8 1-2 ans..... 19 15 mois..... 1 4 mois..... 1 14 mois..... 1 0-2 ans..... 4		34		1	Durée moyenne de la plaie 17 jours. Une fois suppuration.	1 récidive tardive par suppuration.	Schenfeldt in Archiv. für Kinderheil Kinde. 1893.	Il est à remarquer que tous les opérés n'ont pas été revus.
1	Garçons de 16 mois		1		0	Cicatrisation complète en 3 semaines. Guérison.	Vu 3 mois après. Allait bien.	Buchanan in Brit. méd. Journ. vol. I, 1878.	
2	Garçons de 10 et 18 mois		2		0	1) Cicatrisation en 20 jours. 2) A gauche, réunion par 1 ^{re} intention. — A droite, phlegmon; élimination de la suture et de la ligature. Réunion par 1 ^{re} intention en 20 jours.	7 mois après la guérison persiste. Récidive à droite 3 ans après. Insuccès complet à gauche. Pas de récidive 25 mois après.	Czerny, in Braun Berl. Klinische Wochenschrift 1878 et 1879. » Anderegg in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1886.	L'enfant de 18 mois a une hernie double.
1	Garçon de 8 mois		1		0				

3	Garçons de 13 mois	3	0	Cicatrisation pour les deux premières en 11 et 13 jours, le 3 ^e en 10 jours. Cicatrisation en 15 jours.			Bassini, <i>in</i> Ar-La chiv. für Klin. Chirurg. 1870. Forques, <i>in</i> these Chichkof (Montp.) 1893. Phocas, <i>in</i> Merer. méd. 1892, et <i>in</i> these Jacquenelle (Lille) 1893. V. Bungner, <i>in</i> Deutsche Zeitschrift für Chirurg. 1894.	Un enfant dont la guérison persistait 25 mois après est mort de tuberculose. Autopsie : ce décès n'entre pas en ligne de compte. Le décès relevé a lieu 5 jours après ; fausse manœuvre d'un aide. Péritonite. Un autre décès par diphtérie. N'entre pas en ligne de compte.
1	Garçon de 18 mois	1	0					
3	Garçons de 15 mois	3	0	Cicat. pour la 1 ^{re} en 12 jours, 2 ^e en 8 — 3 ^e en 10 —				
2	Garçons de 18 et 21 mois.	2	0	L'enfant de 18 mois est guéri en 20 jours. L'enfant de 21 mois suppure, a phlegmon, mais guérit rapidement. Cicatrisation est faite le 15 ^e jour malgré ulcér. par un fil. Cicatr. par 1 ^{re} intention en peu de jours.	3 ans 1/2 après opération, pas de récidive, pas d'impulsion pendant la toux. 21 mois après, il n'y a pas de récidive. 5 mois 1/2 après, pas de récidive. 5 mois 1/2 après, pas de récidive.			
14	Garçons de 8 mois	12	1	Suites de la plaie opératoire simples. Généralement guérison par première intention en 10 à 15 jours au plus ; quelques cicatrisations en 4 et 9 jours. 1 fois un abcès après la réunion ; une autre fois du gonflement des bourses.	Etat parfait partout ; 1 an, 3, 6, 7, 13 mois après. Un enfant a été vu 25 mois après, la guérison persistait malgré coqueluche. Pas de récidive. Tous revus.		Félizet, 1891 et 1894. Hernies inguin. de l'enfance.	
1	Garçon de 11 mois, 12 et 21	1	0	Cicatrisation complète en huit jours.	L'enfant est opéré de hernie double. Au bout de 6 semaines, état parfait. Légère impulsion à gauche.		Observ. inédite due à M. Frélich, Nancy, 1897.	
								3
								88 4
								92

INDICATIONS DE LA CURE RADICALE SANGLANTE.

Toute hernie du nourrisson que l'application méthodique et suffisamment prolongée du bandage n'a pas pu ou ne semble pas devoir guérir est justiciable de l'intervention sanglante. Voilà une affirmation qui semble naturelle aux uns, téméraire aux autres. La cure radicale sanglante est cependant une excellente opération, sans danger notable, même pour les enfants de 4, 6 et 7 mois, mais dans des conditions bien déterminées.

La cure opératoire est-elle réellement inoffensive ? Nos observations rapportées dans le texte, les statistiques de chaque auteur ne contenant que les enfants de l'âge dont nous nous occupons, notre statistique d'ensemble se chargeant de nous répondre.

Nous ne ferons même pas entrer en ligne de compte les opérations de cure radicale de hernies inguinales étranglées pendant les premiers mois de la vie ; ces hernies ne nous concernent pas. Et cependant, au point de vue de la bénignité seulement, nous pourrions en profiter, et dire que si la hernie étranglée peut être opérée, subir la cure radicale avec succès, *a fortiori*, le danger ne subsiste pas ou est beaucoup moins grand quand il s'agit de hernie libre, par conséquent quand l'opération est moins longue et moins pénible.

Mais revenons à nos statistiques.

Beresowsky (Kocher de Berne) enregistre 7 cures radicales ; 7 fois l'opération est bien supportée ; 7 guérisons rapides à noter.

Mortalité 0 %.

La statistique de Karewski comporte 32 opérations

sur nourrissons, nous y découvrons 2 décès ; cela fait 6,2 % de mortalité.

Dans la statistique de Schœnfeldt, sur 34 enfants opérés, il y a 1 décès, c'est-à-dire 3 %, et encore le décès n'est pas attribuable à l'opération même.

Dans les 30 observations de cures sanglantes que nous avons recueillies à différentes sources, nous trouvons 1 cas de mort, donc 3,3 %.

En faisant la somme des trois statistiques partielles et de nos observations, nous trouvons, en éliminant les cas qui font double emploi, 92 opérations sur hernie chez le nourrisson. Nous tablons donc, pour la moyenne, sur 92 cas. Ces 92 cas donnent 4 décès. Donc 4,3 % de mortalité.

La cure sanglante est-elle efficace ? Nous ne savons pas au juste quelle est la moyenne de récidives chez l'adulte, mais, bien certainement, la récurrence n'est pas très fréquente à l'âge qui nous occupe.

Nos 92 cas nous ont donné 4 morts, donc notre chiffre à examiner serait de 88, si tous nos malades avaient été revus. Or, le nombre des enfants revus est seulement de 84.

Beresowsky sur ses 7 malades guéries de l'opération en a revu 6. Chez un de ces 6, la hernie s'est reproduite, mais son état reste amélioré. Les 5 autres restent débarrassés de leurs hernies 38 mois

35 mois et 1/2

33 mois et 1/2

19 mois et 1/2

13 mois

après l'opération.

La récédive est de 16 %; mais l'auteur attribue le cas de récédive à l'opération mal faite par un assistant inexpérimenté.

Karewski donne 32 opérés, tirés de différents auteurs.

Perdus de vue 2, mort 1. Sur les 29 revus, il y a 2 récédives, donc 7 %.

Dans la statistique de Schœnfeldt sur 34 opérés, il y a 1 mort (cause étrangère à l'opération), 2 perdus de vue; donc 31 revus. Sur ces 31, il y a une récédive, donc 3,2 %.

Quant à nos observations, au nombre de 30, il y a 1 décès. Sur ces 29 survivants, à l'opération, il faut défalquer 1 mort par angine diphtérique une semaine après, reste donc 28. Sur ces 28, 3 n'ont pas été revus. Restent 25 sur lesquels il y a 2 récédives = 8 %.

Le temps écoulé dans ces 22 cas varie entre quelques mois et 3 ans et demi.

Répetons encore une fois, pour la conclusion de notre statistique d'ensemble au point de vue de l'exactitude du pourcentage de la bènignité (décès) et pour les suites éloignées (récédives), que composée par la somme de 3 statistiques partielles et de nos 30 observations, elle ne renferme aucune observation faisant double emploi.

Aussi, le chiffre de 92 des opérés est-il inférieur à la somme de nos 30 observations.

des 32 de Karewski,

des 7 de Beresowsky,

et des 34 de Schœnfeldt,

au lieu de 105, nous retenons 92 observations de cure sanglante.

Sur ces 92, il y a 4 morts des suites de l'opération : restent 88 survivants dont il faut défalquer encore un mort pour angine diphtérique quelques jours après ; cela fait 87. Non revus 7.

Restent 80. Sur les 80, il y a 5 récidives, ce qui donne 6,3 % pour l'ensemble de nos cas.

La récurrence ne peut pas être fréquente chez l'enfant en raison du processus de guérison et des caractères anatomiques de la région (voyez chap. Consid. anat.), et si nous avons 5 récidives, c'est que des circonstances particulièrement défavorables, telles que coqueluche, entérite, sont venues exercer leur action nocive.

Alors même que la récurrence se produit, la cure opératoire n'aura pas moins rendu un service énorme au petit malade, en diminuant le volume de la hernie et en permettant le port du bandage.

La bénignité de la cure sanglante étant bien établie chez le nourrisson, l'efficacité ou le pronostic de non-récurrence étant favorable, enfin la hernie étant mieux supportée, en cas de récurrence, il faut se demander encore quelles hernies doivent être opérées.

Car, tout en considérant le bandage comme le traitement de choix des hernies réductibles, bien supportées, le médecin a souvent le devoir de conseiller l'intervention chirurgicale.

La cure opératoire paraît indiquée dans les hernies même réductibles qui s'accroissent rapidement et considérablement, où, par conséquent, le bandage n'est plus ni curatif, ni palliatif.

Les hernies réductibles, douloureuses, amenant des malaises dès qu'on a rentré la masse intestinale, produisant des alternatives de diarrhée et de constipation,

cause d'une véritable cachexie herniaire, compromettant à la longue la vie de l'enfant, sont autant de cas où l'indication de l'intervention se pose. Ne voyons-nous pas dans nos observations des enfants chétifs, malingres, devenir d'une santé florissante dès qu'ils sont débarrassés de leur infirmité. Dans ces conditions, la cure sanglante n'est pas seulement un traitement antiherniaire, mais encore un traitement tonique.

De cette catégorie de hernie fait partie la hernie incoërcible.

Il faut l'opérer, parce que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'enfant est plus jeune, c'est-à-dire la vitalité de ses tissus plus active.

Restent les hernies irréductibles.

Que l'irréductibilité soit partielle ou totale, notre avis est que le chirurgien ne doit pas temporiser, dans des conditions ordinaires de santé. Car cette irréductibilité n'a aucune tendance à se modifier ; les adhérences qui rendent déjà la réduction impossible, de légères qu'elles sont au début, deviennent plus solides, s'organisent. Nous voilà en présence d'un enfant propriétaire d'une infirmité considérable, qui entravera le développement normal de son organisme, qui le mettra plus tard dans l'incapacité de se livrer aux exercices et au travail de son âge, et qui est menacé d'étranglement ; bref, plus l'enfant s'éloigne de l'âge tendre plus la vie lui sera pénible. En admettant même avec Le Fort et avec Félizet, avant sa conversion à l'opportunité de l'intervention chirurgicale, que quelquefois la hernie irréductible se guérit par le bandage à pelote, il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas ni la guérison ni la réduction n'ont lieu.

Mais nous n'irons pas jusqu'à dire avec Berezowsky que d'une manière générale tout nourrisson porteur de hernie inguinale, libre grande ou petite, réductible ou non doit être opéré ; que le jeune âge par lui seul est une indication, et qu'il constitue un devoir pour le médecin d'accéder au désir des parents qui, sans savoir si l'enfant peut être guéri ou non par le bandage, réclame la guérison par l'opération.

CONTRE INDICATION DE LA CURE RADICALE SANGLANTE

Les contre-indications ne relèvent ni de l'âge, ni de l'opération elle-même, puisqu'elle est bénigne ; ni de la perspective de récurrence, puisqu'il n'y en a que 6 pour cent, et que, dans le cas de récurrence même, l'état général de l'enfant est amélioré et la hernie plus facile à contenir.

Les contre-indications peuvent être d'un autre ordre : elles résident dans la débilité générale du nourrisson, qu'il s'agisse de maladie ou de diathèse.

La bronchite aiguë, la scrofuleuse, l'adénopathie trachéobronchique, en un mot, toutes les affections à toux nous interdisent de soumettre un enfant de propos délibéré à l'épreuve d'une opération, non seulement à cause du danger qu'il court, mais encore à cause de l'inefficacité certaine de l'opération, la toux devenant un destructeur de la consolidation de la plaie.

Le rachitisme peut faire hésiter, tant que l'enfant a des troubles gastro-intestinaux, qu'il est pâle, triste, souffreteux, que son squelette est en évolution morbide. Plus tard, il n'en est plus de même.

L'adénite, les suppurations de toute nature nous défendent formellement d'intervenir avec le bistouri.

Par contre, on est autorisé à opérer les enfants malingres, chétifs, lorsqu'après tout examen sérieux il est prouvé que la débilité ne provient manifestement d'aucune autre cause que de la hernie elle-même. La hernie en effet, est une cause fréquente de déchéance organique, appelée cachexie herniaire. Cette cachexie herniaire, nous le voyons dans beaucoup de nos observations, semble constituer une indication nette à la cure sanglante, alors qu'à première vue elle fait hésiter. Nous ne nous occupons pas des malformations génito-urinaires ou d'autres complications, nous sortirions des limites que nous ne nous sommes fixées dans l'Introduction de ce travail.

CONCLUSIONS

I. — La présence de la hernie inguinale est très fréquente chez l'enfant qui vient de naître.

II. — Dans le cours de la 1^{re} et de la 2^e année un grand nombre de ces hernies guérit spontanément.

III. — Pour favoriser cette cure radicale spontanée de la hernie, le port du bandage pour le placement et l'entretien duquel on met les plus grands soins, est le traitement de choix.

IV. — Exceptionnellement, dans une proportion qu'il nous est impossible de chiffrer, mais qui n'est pas très grande, la hernie n'a pas tendance à la guérison, la cure sanglante est alors indiquée. (Voir notre chap. des Indic.).

V. — Cette cure sanglante n'est pas une opération grave chez le nourrisson. La mortalité est de 4,3 % sur 92 cas que nous avons réunis.

VI. — La cure sanglante est efficace ; les récidives n'ont été que de 6 %. Cette petite proportion de récurrence, comparée à ce qui se passe chez l'adulte s'explique par les conditions favorables à la reconstitution de la paroi abdominale.

VII. — Le procédé de choix dans l'opération sanglante semble être celui qui prend le moins de temps, qui occasionne la plus petite perte de sang, et est le moins

offensif, ces conditions sont remplies par les procédés de Félizet-Broca, de Karewski et celui de Froelich, il serait difficile de donner la préférence à l'un ou à l'autre.

VIII. — Nous nous abstenons de porter un jugement définitif sur la méthode selérogène du professeur Lannelongue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Froelich.)

*Cure radicale sanglante de hernie double. — 41 mois. —
Guérison.*

H. B..., 11 mois, est amené à l'hôpital de Nancy le 12 avril 1897.

Historique : A sa naissance les parents remarquèrent dans les 2 régions scrotales des bosses d'un volume d'un petit œuf de pigeon. Ces tumeurs disparaissaient par la pression. Après 2 mois ces petites bosses, qui étaient des hernies, ne faisaient que croître, un bandage fut appliqué. L'enfant, de temps à autre, souffrait de colique et de constipation, mais n'eut jamais de période de vomissement prolongé.

Après 3 mois, l'enfant ayant 5 mois à ce moment-là, les hernies continuaient à sortir, celle de droite était devenue irréductible. A ce moment l'enfant fut présenté à l'hôpital.

La hernie droite avait le volume d'un œuf de poule, celle de gauche était un peu plus forte. La peau du scrotum était fortement tendue, presque transparente.

Entre les 2 poches herniaires et les cuisses, érythème marqué. La hernie gauche rentrait avec difficulté ; la hernie droite, soi-disant irréductible, put être rentrée après de longs efforts. J'appliquai un bandage à caoutchouc à pelote insufflée.

Momentanément, les hernies semblaient contenues ; mais quelques semaines plus tard je revis l'enfant, les hernies avaient tout de suite glissées sous le bandage et avaient augmenté de volume. Je fis porter 2 bandages à ressort à pelote pleine, garnis de gutta-percha. Résultat nul encore. Les hernies étaient incoercibles.

L'enfant avait alors 7 mois. Je conseillais de soutenir tout le paquet herniaire double dans un suspensoir, pensant ainsi empêcher les hernies de s'accroître.

Le suspensoir, constamment souillé, était une cause d'érythème et d'ulcération, il fut supprimé. Je résolus alors de tenter la cure sanglante de ces 2 hernies. L'état général de l'enfant était devenu meilleur et la toux avait cessé. Je le fis rentrer à l'hôpital de Nancy le 12 avril 1897 et le lendemain il fut opéré.

L'aspect de la hernie s'était modifié comme volume : la hernie gauche avait le volume du poing, celle de droite était un peu moins grosse. Les 2 testicules sont faciles à sentir après la réduction de l'intestin, ils sont normaux et normalement descendus. La peau du scrotum est distendu à l'excès et semble menacer de se rompre quand l'enfant fait un effort. La hernie de droite est difficile à réduire. Erythème marqué. L'opération est la suivante :

Manuel opératoire. — L'enfant étant chloroformé, je fis une incision de 5 centimètres d'étendue. Immédiatement au-dessus du pédicule de la hernie, c'est-à-dire de l'orifice inguinal externe (extérieur), j'arrive en disséquant jusqu'au collet du sac. A ce moment je réduisis le contenu de la hernie, j'isole le collet du sac au niveau de l'anneau avec le doigt et la sonde cannelée. Puis j'introduisis l'index gauche dans le canal et je procédai, mon index restant dans cette position à la suture des piliers. (L'orifice est perméable pour 2 doigts et il est moins gros que me le fait supposer le volume de la hernie.)

Je place les 3 fils sur les piliers et enfin un quatrième fil, auquel je fais traverser non seulement les 2 piliers, mais aussi le collet du sac de façon à accoler l'une contre l'autre ses parois séreuses. A droite, la même opération. Là, en réduisant le contenu herniaire, je constate très nettement à travers le sac la présence du coecum et de l'appendice hernié. J'emploie les fils de soie. Pour la peau j'emploie le crin de Florence, sans drainage. La suture est recouverte d'une couche de stérésol, substance antiseptique et imperméable, coton et spica double.

Toute l'opération des 2 côtés a duré 20 minutes, donc 10 minutes par hernie.

Les suites opératoires furent tout-à-fait bénignes, la température ne dépassait pas 38° et encore le premier soir seulement.

Le pansement est renouvelé tous les jours, sauf la couche de stérérol.

Au bout de 8 jours j'enlève les fils, pas de trace de suppuration. Je revois l'enfant six semaines après l'intervention, le résultat s'était maintenu. A gauche, cependant, on sentait un peu d'impulsion quand l'enfant toussait ; aussi je conseille de faire porter pendant quelque temps un bandage.

OBSERVATION II

(Thèse de Chichkof, Montpellier, 1893).

Augrand C..., âgé de 18 mois, entre dans le service de M. le professeur Forgues le 10 mars 1893.

Ce petit malade présente une hernie congénitale descendant au fond du scrotum. Elle existe depuis la naissance et se gonfle outre mesure sous l'influence des cris.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Il n'a jamais porté de bandages. Hernie droite peu volumineuse, hernie gauche grosse comme un poing, vers le soir arrive jusqu'au genou. La réduction des 2 hernies est difficile, dure de 5-6 minutes mais l'intestin sort de nouveau aux cris de l'enfant, les orifices herniaires sont larges, laissent passer facilement du doigt. La sensation de gargouillement est nette. Testicules à leur place. Pas d'accidents herniaires.

Difficulté de réduction, contention jugée impossible, menaces d'étranglement.

Opération le 12 mars. — Antisepsie rigoureuse. Sommeil chloroformique calme. Sur la hernie gauche incision cutanée de 6 centimètres de long, allant à la partie supérieure de l'orifice inguinal externe à la partie moyenne du scrotum ; puis incision couche par couche jusqu'à ce que le bistouri arrive sur le sac herniaire. Crémaster volumineux ressemblant à l'intestin.

Incision du sac avec prudence. écartement des bords par des pinces à forci-pression. Le doigt, introduit dans le sac, réduit l'intestin hernié. Dans la partie inférieure du sac on trouve le testicule à nu dans la cavité séreuse.

La dissection du sac est longue, complète et minutieuse. Pédiculisation et ligature de la limite toute supérieure du sac par deux fils de soie enchaînés.

Section du pédicule à 1 centimètre au-dessous de la ligature qui disparaît dans le ventre. Résection d'une bonne partie du sac et fermeture de la vaginale. Pas de complications opératoires, pas d'hémorragie sérieuse.

Suture des téguments au moyen de fils de soie à points séparés. Lavage antiseptique. Iodoforme. L'opération a duré 35 minutes. Pansement au collodion iodoformé devant protéger la plaie, par-dessus gaze iodoformée, ouate et mackintosh avec ouverture pour la verge, double spica.

Pas de fièvre le soir.

13 mars. — T. 36°,5 matin ; 37°,4 soir ; pansement est renouvelé. Plaie en bon état.

14 mars. — T. 36°,8, 37°,2. Va bien. On met tous les jours un pansement neuf.

15 mars. — T. 36°,3, 37°,6. Etat excellent.

16 mars. — T. 36°,4, 39°,1. Nouvelle application de collodion.

17 mars. — T. 37°,8, 38°,3. Enfant agité la nuit. Pansement défait : plaie à lèvres tuméfiées. Le ventre n'est pas douloureux, ni ballonné ; pas de nausées ni vomissements. Nouveau pansement au collodion iodoformé, gaze iodoformée, coton imbibé d'eau boriquée tiède.

18 mars. — T. 37°,1, 37°,7. Plaie a meilleur aspect.

19 mars. — T. 37°,4, 38°,2. On enlève les fils.

20. — T. 37°, 37°,9. Les abords de la plaie moins indurés et moins rouges. Désunion au niveau d'un point de suture, on remet un nouveau fil.

21-24 mars. — Température normale. enfant gai.

25 mars. — T. 36°,9, 37°. Cicatrisation de la plaie, on enlève le dernier fil.

26-30 mars. — L'enfant est bien, cicatrice solide, température normale. Pas d'impulsion pendant les cris et les efforts de l'enfant.

31 mars. — L'enfant quitte l'hôpital complètement guéri et sans bandage. Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION III

(Phocas, Lille. *Mercredi médical*, 1892, n° 29).

Pierre-Louis H. . . , âgé de 15 mois, est admis pour une hernie inguinale droite. Elle est apparue 8 jours après la naissance ; elle était grosse comme une noisette, a augmentée depuis. L'enfant est toujours agité. Pas d'antécédents héréditaires. Au niveau de la région inguinale droite, on voit une hernie scrotale, grosse, ovoidale. Réduction facile. Bandage est conseillé, ne peut pas toujours être porté pour des raisons de cherté, etc. Les parents demandent opération. La cure radicale sanglante est décidée. Opération le 5 décembre 1891. Chloroforme. Incision de la peau. Découverte du sac, qui est très mince. A l'incision du sac l'intestin est légèrement blessé, tellement il adhère au sac.

Le contenu de la hernie est le caecum. La plaie de la séreuse est réunie par deux sutures de Lembert. Ouverture large du sac qui est indépendant de la séreuse vaginale. Réduction de l'intestin difficile. Après réduction, dissection du sac, et extirpation en grande partie, une petite partie est laissée adhérente au canal déférent. La vaginale ouverte est reformée avec trois points de suture. Collet du sac difficilement amené au dehors.

Formation d'un collet, qu'on oblitère avec une ligature double à la soie. Par précaution, on place en dessous une suture perdue au catgut fin. Réunion de la plaie par six points de suture profonds et quatre points superficiels avec du crin de Florence ; drainage avec une mince lanière de gaze iodoformée.

Pansement renouvelé le 7. Enlèvement des points de suture le 12. Réunion sur toute la ligne sauf un point qui se ferme le 18. Léger gonflement du testicule.

La guérison est maintenue 8 mois après.

OBSERVATION IV (*Ibid.*)

André X. . . , âgé de 4 mois. Hernie inguinale gauche datant de 3 semaines. Cependant la mère dit que l'enfant en venant au monde avait les parties grosses. L'enfant crie, pleure nuit et jour, prend

bien le biberon ; selles normales. La hernie se réduit avec difficulté et incomplètement. Testicules descendus des deux côtés. Hydrocèle. Un bandage n'empêche pas la hernie de sortir au moment des efforts, des cris. Même effet avec bandage à pelote. La hernie réduite file aussitôt dehors.

Nouvelle tentative faite par le chirurgien, échoue au bout de deux jours ; l'enfant ne prend aucun repos. Opération proposée et acceptée. Exécutée le 27 mai.

Chloroforme. Incision de 4 à 5 centim. Sac dénudé, poche d'hydrocèle lavée et abandonnée, sac ouvert renferme intestin grêle. Réduction laborieuse, dure 5 minutes, nécessite l'élargissement du canal. Sommeil incomplet, un commencement d'étranglement se produit. Dissection rapide du sac avec les doigts, on le sépare du canal apparent sur la paroi, pédicule oblitéré au moyen de fil de soie. Sans abandonner l'orifice, 2 points de suture sont passés à travers le pilier comprenant le moignon du sac. 2 points de suture profonde sur l'orifice ; suture de la peau au crin de Florence, drainage avec gaze iodoformée. Pansement.

Pansement refait le 2^e jour. Enlèvement des fils le 4^e. Pas de température, réunion par première intention. Le 5^e jour enlèvement de tout pansement. Protection de la plaie avec gaze iodoformée couverte d'un bandage en caoutchouc. L'enfant repose mieux. Pas d'impulsion de l'intestin. Bandage gardé par précaution. 2 mois après guérison se maintient.

OBSERVATION V

(Thèse de Jacquemelle, Lille 1893. Empruntée à Phocas.)

B. . . , Emile, 5 mois, porte dans la région inguinale une volumineuse hernie, descendant dans le scrotum qu'elle distend. Cette hernie facilement réductible sort avec les efforts de l'enfant.

Opération le 10 juillet 1893. Chloroforme. Incision de 5 centim. environ ; dissection lente avec la sonde cannelée pour mettre le sac à nu.

A son ouverture, il s'échappe un peu de liquide citrin. Isolement du sac, ligature, excision. Sutures profondes continues à la soie,

sutures superficielles au fil d'argent. Pansement iodoformé compressif.

12 juillet. Pansement. Le premier ayant été sali, la peau est rougeâtre. 19 juillet. On enlève les points de suture ; réunion presque complète : deux points médians sont légèrement désunis.

28 juillet. L'enfant sort guéri.

OBSERVATION VI

(In thèse de Natanson, Paris, 1895. Opér. faite par Rémy de Paris).

Dautron G. . . , garçon de 8 mois, nourri au biberon. Pas de maladies antérieures. Hernie inguinale droite apparue onze jours après la naissance. L'enfant est bien portant. La hernie a le volume d'un petit œuf, descend dans les bourses. Les testicules sont à leur place normale.

Opération le 24 juillet 1894. Endormi au chloroforme. Incision sous cutanée suivant le trajet du cordon et montant au-dessus de l'anneau inguinal. La découverte du sac est assez difficile et un peu longue parce qu'il est vide. On peut commencer l'opération quand la hernie est sortie, mais elle rentre très facilement sous le chloroforme. La séparation des éléments du cordon est facile. Le sac est pédiculé. Son collet, attiré en dehors, est lié au catgut et sa partie externe est sectionnée. Suture des piliers au moyen d'un fil d'argent. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement : gaze iodoformée et vaseline, ouate et bandes, gutta percha laminée.

Le pansement fut souillé de suite et doit être changé fréquemment.

Élévation de température (40° 2) le soir. Le lendemain matin 39° 2 ; le 3^e et le 4^e jour elle est de 39° ; le 5^e de 37° 8 et ne remonte plus au-dessus de 38°.

La plaie s'infecta. Un des fils ayant ulcéré on fut obligé de remettre un point de suture. La cicatrisation définitive fut ainsi retardée de 15 jours.

Le fil d'argent qui réunissait les piliers après être restée enkysté dans les tissus pendant plusieurs mois a provoqué la suppuration au mois de septembre 1894 et a été éliminé.

L'enfant revu le 7 janvier 1895, est en bonne santé. La cicatrice est à peine visible. La hernie ne présente aucune tendance à la récurrence. Les deux testicules sont en situation normale.

OBSERVATION VII (*Ibid.*)

Fossé (Louis), 6 mois, nourri au sein. A toujours toussé. Hernie inguinale droite du volume d'une noix, ne descendant pas dans les bourses. Les testicules sont en place et distincts de la tumeur herniaire.

Opéré le 31 juillet 1895. Chloroforme. Incision cutanée suivant le trajet du cordon et remontant un peu au-dessus de l'anneau. Le sac est très mince et difficile à reconnaître. On peut le disséquer par décollement, excepté dans une petite étendue. On laisse ce fragment de paroi. Le testicule étant fixé par un aide, le canal déférent qui est volumineux peut être facilement reconnu. Le pédicule du sac est lié au catgut, et le fond du sac est réséqué. Puis les piliers et le muscle grand-oblique sont embrochés par un fil d'argent. Sutures de la peau au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée et vaseline. Pansement ouaté très protégé par la gutta-percha laminée. Température du soir 37°,4, mais les jours suivants descend et le 4^e jour elle est à la normale.

Malgré cette légère évolution, de la température et des vomissements abondants, réunion par première intention. Sa mère a eu soin de changer les linges dès qu'ils étaient souillés.

Revu le 7 janvier 1895. L'enfant tousse encore et est d'apparence chétive, mais il marche. Pas d'apparence de récurrence de la hernie. Petite cicatrice linéaire. On sent un petit noyau induré au niveau de l'anneau. Les deux testicules sont en place normale.

OBSERVATION VIII

(FÉLIZET. *La cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants*, 1891.)

Enfant né à terme, âgé de 8 mois, bien conformé; à sa naissance, la mère fut frappée par le volume de ses bourses. Mais ce

n'est qu'au bout de six semaines que voyant les parties se gonfler sous l'influence des cris, elle acquit la certitude que l'enfant avait des hernies. D'après elle, les deux cotés furent pris ensemble ; les enfants plus âgés n'ont rien de semblable ; le grand-père maternel avait une « descente. »

Un petit bandage en caoutchouc vulcanisé appliqué d'abord produisit des coliques. Trois bandages à ressort posés successivement n'amènent pas la contention, mais des coliques et des vomissements.

Plusieurs chirurgiens consultés déclarèrent qu'une opération sanglante était indiquée, mais voulurent attendre l'âge de 3-4 ans. Quand la hernie est sortie depuis quelque temps, la réduction est facile, difficile de suite après les cris et les efforts. Le volume devient considérable, les hernies descendent quelquefois jusqu'aux genoux ; elles sont égales des deux cotés.

Les deux anneaux sont larges et leur pourtour a une grande élasticité.

Le volume énorme de ces deux hernies, leur développement rapide et progressif, l'instabilité de la contention, l'inefficacité de toute espèce de bandage, la fréquence croissante des accidents de colique et menaces d'un étranglement, constituent une indication absolue d'agir, de faire la cure radicale malgré le jeune âge du petit malade.

Opération le 9 juin 1890. — Côté droit. Incision de 5 centimètres depuis le haut de l'orifice externe du trajet inguinal jusqu'à la partie antéro-externe du scrotum. Ligature de 4 artérioles dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A petits coups de bistouri on s'avance au plus près du sac en se guidant sur sa consistance. Ouverture du sac, avec le secours de la pince à griffes. L'index, introduit dans la poche, apprécie l'élasticité du collet, qui s'oppose à la facile pénétration de l'index dans l'abdomen. Introduction du ballon, dont la petite extrémité s'engage à fond dans le trajet du canal inguinal. Occlusion de l'ouverture faite au sac au moyen de 2 pinces, distension avec l'insufflateur. Ecartement facile et rassemblement en arrière des éléments du cordon étalé sur la face postéro-interne du sac.

Dissociation et refoulement de plusieurs minces couches membra-

neuses jusqu'à ce que la coloration rouge du caoutchouc apparaisse à travers une véritable pellicule distendue. L'énucléation est poussée jusqu'au-dedans de l'orifice externe, en plein trajet inguinal. Demi-torsion et traction du sac en bas. Ligature à double anse croisée, aussi haute que possible, avec du catgut n° 1. Section du pédicule : le moignon remonte et disparaît dans l'abdomen.

Le sac est basculé en avant. On l'incise en laissant de la séreuse herniaire, ce qui est nécessaire pour former une loge vaginal au testicule. Pas de suture de cette vaginale. La partie de la séreuse laissée au testicule représente à peine la 6^e partie de la poche ; la partie excisée est portée sur la balance, elle pèse 28 centigrammes.

Lavage de la peau avec de la liqueur Van Swieten : légère insufflation de poudre d'iodoforme. Tube à drainage. Six points de suture avec du crin de Florence. Durée de l'opération : 25 minutes.

Le soir, la température est de 39° ; l'enfant est déprimé et agité. La nuit, insomnie complète.

Le 10 juin, faiblesse, somnolence.

T., 38°,5 matin ; 39° soir. Lait, vin de Champagne.

11 juin. — Abondante selle spontanée. T. 38° matin, 38°,3 soir.

12, 13, 14 juin. — Diarrhée ; grog, Champagne.

Les forces se relèvent, l'enfant est gai, température normale. Etat général excellent.

18 juin. — On lève le pansement : la réunion par première intention est parfaite en haut ; les 2 crins du bas ont coupé et l'écartement découvre une surface grisâtre que l'on touche avec la teinture d'iode.

Pansement sec au salol. Le 24 juin la cicatrisation est complète : la ligne de suture est sèche et nous nous préparons à opérer le côté gauche.

Opération à gauche. — 9 juillet. — Même préparatif et même procédé opératoire. Les suites furent des plus simples, l'enfant ne cessa pas d'être gai. La température ne dépassa pas 37°,8. Le lendemain de l'opération, le petit opéré eut une garde-robe abondante et le cours des selles resta définitivement réglé.

Le 23 juillet, l'enfant quitte l'hôpital entièrement guéri. L'enfant nous est ramené le 4 septembre. Il a maigri à la suite d'un rhume

par refroidissement. Les bourses sont normales. Pas de traces d'impulsion ni à la palpation pendant l'effort et la toux. A cause de cette bronchite nous conseillons par prudence l'usage d'un bandage en caoutchouc. Le 25 septembre nous revoyons l'enfant, il tousse encore et a des quintes coqueluchoïdes. Malgré tout, l'état local est irréprochable. La cure radicale a résisté à l'épreuve des efforts répétés.

OBSERVATION IX

(Félizet. *Les hernies inguinales de l'enfance*, 1894.)

Enfant âgé de 7 mois, vigoureux. Pas de coqueluche ni rougeole. Aucune hérédité herniaire. Apparition de la hernie au premier mois. Impossibilité de la maintenir par des bandages. Opération le 14 avril. Incision transversale. Vaisseaux en avant et en-dehors. Canal déférent en arrière. Sac très mince; ligature du meunier. Le pilier externe manque en grande partie. Pilier interne très fort. Deux sutures de fil d'or couplé suffisent. Cavité vaginale indépendante. Le 27 avril, l'enfant sort guéri. Le 1^{er} mai, il revient, son foyer opératoire infecté. Un gros abcès a fait céder toutes les sutures de la peau. Aucune élimination des fils d'or, qu'on ne voit pas. Guérison à la fin juin. Revu le 10 septembre. Etat parfait.

OBSERVATION X (*ibid.*)

H. F..., 11 mois. Pas d'hérédité, pas de maladie antérieure. La hernie est reconnue le 2^e jour de la vie. Accidents fréquents; coliques et engouement. Anneau serré en boutonnière. Bon pilier externe. Opération le 28 juillet. Incision transversale. Vaisseaux en dehors. Canal déférent en arrière. Sac très mince. Ligature du meunier. En disséquant le bas du sac, on coupe le canal déférent; l'accident est vérifié par l'examen microscopique du petit segment. Suture des piliers à trois fils d'or couplés; suites très simples. Gonflement des bourses modéré. L'enfant sort le 31 juillet. Revu le 10 novembre. Etat parfait.

OBSERVATION XI (*ibid.*)

Enfant âgé de 15 mois, malingre. Père et grand-père hernieux. Début à l'âge de 1 mois, hernie grosse comme un marron. Congestiu pulmonaire à 3 mois, la hernie s'accentue; l'enfant tousse toujours beaucoup depuis. Anneau énorme, piliers faibles. La hernie a 24 centimètres de longueur et 12 de largeur, dans son état de moyenne dilatation. Opération retardée à cause de la bronchite de l'enfant jusqu'au 10 mars. Incision longitudinale. Vaisseaux et canal déferent en arrière et en dehors. Sac très mince. Ligature du collet au nœud du meunier. Excision d'une collerette. Réfection de la vaginale par une ligature lâche. Guérison à sec en 15 jours.

Vingt-cinq mois après, apparition d'une hernie à gauche à la suite d'une rougeole grave suivie de coqueluche; la hernie opérée tient bon; pas la moindre menace de récidence.

Mort de tuberculose le 22 mars. Autopsie.

Pièces déposées au musée Dupuytren. Guérison parfaite.

OBSERVATION XII (*ibid.*)

H. M..., 11 mois, enfant malade, mais résistant. Grand-père maternel hernieux. Pas de maladie antérieure. Début à l'âge de 3 mois. Coliques fréquentes, vomissements, dépérissement. Réduction difficile. Petite pointe de hernie à gauche. Opération le 7 décembre. Incision transversale. Eléments du cordon en dehors. Bons piliers. Ligature du sac avec le nœud du meunier. Suture des piliers avec 3 fils d'or couplés. Suites simples: guérison à sec. Le 19 décembre, l'enfant sort guéri.

Revu en février, en avril et en octobre 1892. Etat parfait. L'enfant a pris des forces et est méconnaissable.

OBSERVATION XIII (*ibid.*)

A..., H..., âgé de 16 mois, pesant 7 kil. 700 grammes. Père hernieux. Frère mort à 4 ans de rougeole, avec hernie inguinale. Frère de 13 ans a eu une hernie inguinale double dès la naissance

guérie actuellement. L'enfant présente à sa naissance une hernie double. Développement progressif: les hernies sont toujours sorties. Réduction incommode l'enfant. Anneaux très larges, piliers rudimentaires.

Opération de la hernie droite le 8 avril 1891. Incision longitudinale. Vaisseaux et canal déférent en avant et en dehors. Sac très mince. Ligature du collet avec un nœud simple sans transfixion. hernie funiculaire. Suture du trajet avec 2 fils d'or et 2 catgut, en empruntant l'arcade de Fallope. Malgré l'urine les sutures tiennent bien. Cicatrisation complète le 23 avril.

Opération à gauche le 15 juin 1891. Suites simples, sutures tiennent bien malgré les rougeurs produites par l'urine.

Cicatrisation achevée, bonne le 28 juin. Revu en juillet 1893. Guérison parfaite.

OBSERVATION XIV (*ibid*)

O..., S..., 19 mois malingre, pas d'hérédité. Pas de maladie à toux.

Hernie visible à la naissance, rapidement devenue énorme. Pilier externe très faible. Orifice très large. A gauche: orifice large. Pas d'impulsion herniaire. Opération le 15 septembre 1893. Incision transversale. Vaisseaux en dehors et en arrière. Canal déférent en arrière. Sac très mince. Nœud du meunier sur le collet. Sujet de la vaginale. Suture des piliers avec 3 fils de platine couplés. On emprunte l'arcade de Fallope pour les deux plus inférieurs. Suites simples les premiers jours. Gonflement considérable des bourses. Absès sous-cutané. Le 24 septembre injection iodée. Sort sec en bon état le 2 octobre. Revu le 22 décembre. Etat parfait.

OBSERVATION XV (*ibid.*)

M..., L..., 20 mois. Pas d'hérédité Pas de hernie constatée à la naissance. Apparition à l'âge de dix mois, pendant la coqueluche. Anneau énorme, pas de pilier externe. La hernie est toujours sortie. On a vainement essayé tous les bandages. Pas de troubles généraux santé parfaite.

Le 28 juin 1893, opération : incision transversale. Vaisseaux en avant et en dehors, canal déférent en arrière. Sac épais, très vasculaire, ligature du meunier. On emprunte l'arcade de Fallope pour la suture des piliers, trois fils d'or couplés. Suites simples. L'enfant sort le 8 juillet.

Le 15 juillet, la cicatrice cutanée a été infectée et s'est ouverte. Guérison parfaite le 30 juillet. Revu le 9 novembre, état parfait.

OBSERVATION XVI (*ibid.*)

H. . . , J. . . , 21 mois, enfant assez fort. Pas d'hérédité. Pas de coqueluche ni rougeole. La hernie est reconnue à six mois. Anneau énorme. bons piliers. Coliques et vomissements fréquents.

Opération le 13 mai 1893. Incision transversale. Vaisseaux en dehors. Canal déférent en arrière, très adhérent au sac, qui est très mince. Ligature du collet, nœud du meunier.

Suture des piliers avec trois fils d'or couplés. Suites très simples. 20 mars, l'enfant sort guéri. Revu le 10 juin, état parfait.

Revu le 9 octobre, état parfait. Revu le 5 décembre, état parfait.

OBSERVATION XVII (*ibid.*)

M. . . . H. . . , 10 mois, malingre, a deux oncles maternels hernieux de naissance, hernieux de naissance également. Anneau énorme. Pas de pilier externe. Coliques et dépérissement progressif, surtout depuis un mois.

Opération le 4 mai 1893. Incision transversale. Vaisseaux en arrière et en dehors. Canal déférent en avant.

Vaisseaux très adhérents à la séreuse sacculaire. Le contenu : caecum, appendice fixée au sac par un méso. et de plus de l'épiploon : l'intestion grêle est rentré au moment de l'incision. A cause des adhérences des vaisseaux, on fend le sac en deux temps : en avant ligature, en arrière volet séreux analogue au procédé de Buchanan. Le tout est refoulé derrière la suture du trajet. Deux fils d'or couplés reliant le pilier interne à l'arcade de Fallope.

Suites simples. L'enfant sort guéri le 13 mai.

Revu le 9 novembre. Coqueluche depuis dix jours, 15 quintes par jour avec vomissements. Etat parfait persistant.

OBSERVATION XVIII (*ibid.*)

M..., T..., 11 mois. Pas de maladie, enfant malingre ; hernieux de naissance. Développement considérable depuis 6 mois.

Anneau énorme. Pas de pilier externe. Hernie est réductible, on sent l'appendice se réduire facilement.

Opération le 9 septembre 1893. Incision transversale. Le sac est très mince. Les éléments du cordon en arrière. Sac friable se déchire, ligature régulière impossible. On le ferme par un froncement de bourse avec un fort catgut et on refoule le tout derrière le plan des piliers qu'on va suturer. Surjet de la vaginaie. Teinture d'iode. Trois fils de platine couplés, en empruntant l'arcade de Fallope. Suites simples. L'enfant sort sans pansement le 23 septembre. Revu un mois après. Etat parfait. Revu en janvier 1894. Pas trace de hernie.

OBSERVATION XIX (*ibid.*)

C..., G..., 16 mois. Enfant chétif, rachitique. Hérité : grande père, plusieurs hernies. Début à l'âge de trois mois.

Atrepsie en nourrice. Opération le 31 octobre 1891. Incision transversale. Deux ligatures. Pilier interne faible. Pas de pilier externe. Vaisseaux en arrière. Canal déférent en dehors. A l'ouverture du sac on voit un long appendice coecal, libre, qu'on n'excise pas et que l'on réduit facilement. Ligature du meunier. Surjet de la vaginaie. Suture avec trois fils de platines couplés.

Suites simples. Sort le 11 novembre. L'anneau inguinal gauche est très faible : le pilier externe manque. Pas d'impulsion herniaire.

A été revu le 12 décembre. Etat parfait.

OBSERVATION XX (*ibid*).

V. G..., 12 mois, vigoureux, pèse 9 kil. 900 grammes. Pas d'hérédité. Pas de maladie antérieure. Hernie à la naissance du volume d'une petite noix. Développement progressif à la suite des efforts de l'enfant ; sorte de tenesme herniaire. Le volume actuel est celui d'un poing d'adulte ; effacement de la verge ; refoulement du testicule gauche sous la peau du bas-ventre. Réduction difficile à obtenir, à cause de l'intolérance du petit malade à tout examen, possible en totalité néanmoins. Anneau large, admettant deux doigts. Pas de piliers. Les deux testicules normalement descendus. Opération le 22 avril 1891. Incision oblique de 8 centimètres. Chloroforme très difficile : coup de sortie de la hernie menaçant de rompre le sac. Vaisseaux et canal déférent en arrière.

A l'ouverture de la séreuse, l'intestin réduit sort brusquement ; blessure superficielle d'une anse. Suture séro-séreuse avec catgut fin. Après des alternatives de sortie brusque de l'intestin et de réduction, on isole parfaitement le collet, quand, au moment de le lier, un aide arrache tout le sac, à l'occasion d'un mouvement brusque de l'enfant. Occlusion au jugé par des sutures en boucle. Suture des piliers ; trois fils d'or couplés. L'opération a duré 45 minutes et a dépensé près de 30 grammes de chloroforme. Température le soir, 39°,4.

23 avril, mixtion et selles normales. T., 39°,2. Le matin, 39°,4. Le soir, pas de ballonnement du venter, pas de vomissements.

24 avril, continuation de l'agitation. T., 39°,2 et 39°,6. Le 25 avril, dépression ; pas de vomissements. 26 avril, T. 39°,8 ; on défait le pansement ; issue par la plaie d'une cuillerée de pus. Ventre souple. 27 avril, dépression considérable. T., 39°,2 et 40° le soir. Mort à 10 heures.

Autopsie : péritonite généralisée.

OBSERVATION XXI (*ibid*).

H. P..., 21 mois, très bien portant. La mère a une hernie et porte bandage depuis son enfance. Pas de maladies antérieures. A

la naissance, hernie droite volumineuse. Depuis l'âge de dix-sept mois, apparition d'une petite hernie dans l'aîne gauche. Port du bandage difficile et intermittent.

Opération à droite le 25 avril. Incision transversale. Vaisseaux en avant. Canal déférent en dehors, le tout très adhérent au sac. Pilier externe presque nul. On emprunte l'arcade de Fallope pour la suture avec 3 fils d'or couplés. Opération facile. Suites très simples.

Sort le 5 mai, guéri de son opération.

Le 6, il est ramené avec une angine diphtérique infectieuse. Passage dans le service de M. Cuffer.

Mort le 22 mai. On n'a pu faire l'autopsie.

OBSERVATION XXII

Deutsche Zeitchrift für Chirurgie, 1894. (v. Büngner)

A. S..., âgé de 1 an et demi. Opéré à l'hôpital le 29 décembre 1888, quitte le 21 janvier 1889. Hernie inguinale congénitale qui se développe de plus en plus, ne peut plus être retenue par un bandage.

Le canal inguinal laisse passer le petit doigt. Les intestins se laissent rentrer, mais ressortent aussitôt et donnent au scrotum le volume d'un poing.

Le 29, cure radicale. Incision jusque sur la tunique vaginale propre, réduction de l'intestin, large ouverture du sac herniaire. Détachement de la tunique vaginale vers les 2 côtés jusqu'au cordon et ablation partielle de la tunique vaginale.

Fermeture du collet du sac par des sutures en catgut et réunion de l'un à l'autre des lambeaux du sac par sutures en catgut. Suture des piliers inguinaux avec du catgut solide, suture étagée des autres parties de la plaie : le plan est fermé à la soie.

Pansement au collodion iodé. Suites de l'opération : nettes. A 2 endroits, la suture entanée a coupé la peau. Pour le reste, la cicatrice est solide, résistant lors des cris de l'enfant. L'enfant sort sans bandage.

Trois ans et sept mois après, l'enfant se porte à merveille ; quand il crie ou tousse, il n'y a pas d'impulsion dans la région vaginale ; la cicatrice est belle, et cela sans porter de bandage.

OBSERVATION XXIII (*ibid*).

Henri D..., 21 mois. Hernie inguinale à droite et à gauche, apparues 4 semaines après la naissance, du volume d'un poing, incoercibles.

Aussitôt application de bandage laissée de côté, puisque l'intestin sortait de façon rebelle. L'orifice des deux côtés laisse passer un doigt. Les testicules sont descendus. Le 3 août, cure radicale à gauche. Réduction de l'intestin ; fermeture de l'orifice herniaire. Sutures à étages. Pansement au collodion. Suites : cicatrisation antiseptique au début, mais la deuxième semaine, à la suite de suppuration d'une suture, la rangée externe de suture est enlevée ; malgré cela, phlegmon du scrotum et du pénis nécessitant des incisions répétées ; la température redevient normale et la plaie devient nette. L'enfant remis quitte le service sans bandage, la cicatrice étant très solide. 21 mois après il n'y a pas de récurrence ; la cicatrice est bonne, ne se voute pas pendant les cris de l'enfant. Etat général bon. Pas de bandage. Cela nous engage, ainsi que les parents, à soumettre la hernie droite également à la cure radicale.

OBSERVATION XXIV

(H. BRAUN, *Berl. Klin. Wochenschr*, 1881, empruntée à Czerny.)

W. H..., 10 mois, a deux hernies inguinales libres, volumineuses, datant de très peu de temps après sa naissance. Pas traitées ; descendent dans le scrotum, atteignent 10 centimètres à gauche, 9 centimètres à droite. Réductibles, incoercibles par le bandage.

Opération le 24 juin 1879. A gauche, incision de 4 à 5 centimètres.

Dissection jusqu'au sac mis à nu. Il est très mince. Réduction.

Fermeture du sac par 2 points de suture au catgut ; ligature du sac, ouverture. On place 2 drains, la plaie est fermée par 5 points de suture. A droite on procède de même.

Mais ici l'orifice herniaire est suturé par deux points à la soie ; le sac herniaire non ouvert est récliné de côté, et on place un drain. Plaie cutanée fermée à la soie. Pansement à la gaze thymolée et ouate salicylée.

Les jours suivants le pansement est renouvelé une ou plusieurs fois par jour. Penis difficilement libre. A gauche, la région inguinale était un peu tuméfiée, rien à droite.

Enlèvement du drain 4 jours après à droite, laissé à gauche.

Le 13 février, à gauche encore un peu de tuméfaction, plus rien à droite depuis longtemps. Quand l'enfant pleure, un peu d'impulsion, mais pas de pénétration de l'intestin. Double bandage.

8 mois après l'enfant est revu. Guérison maintenue à droite ; à gauche récidive. On recommande à la mère le bandage qu'elle avait omis d'appliquer. 10 mois après le premier contrôle les deux hernies ont complètement disparu. Ni toux, ni cris ne provoquent la hernie, seulement légère impulsion.

OBSERVATION XXV (*ibid*)

J. E..., 18 mois, est opéré pour 2 hernies inguinales libres, volumineuses, non contenues par le bandage.

Opération le 26 juillet 1877. A droite, la porte herniaire est suturée par 4 fils de soie, le sac est lié, lavé à l'eau phéniquée et drainé. A gauche, l'orifice herniaire est également fermé par trois points de suture à la soie et le collet du sac lié, le sac lui-même est drainé.

A droite, phlegmon sous-cutané qu'on incise ; il laisse sortir les sutures de l'orifice herniaire, à gauche, réunion par première intention.

Le 25 août l'enfant quitte apparemment guéri, sans bandage. Septembre : ouverture d'un petit abcès à gauche sur la cicatrice. Orifice herniaire très étroit à gauche, impulsion nette, pas de pénétration de l'intestin. A droite, pendant les cris, hernie comme un œuf, disparaît au repos. Le 25 septembre la hernie droite devient plus grande, on sent une corde qui est l'appendice vermiculaire rencontré pendant l'opération. Bandage 26 mois après, à gauche à peine un orifice herniaire ; à droite se laisse pénétrer un peu par le bout du petit doigt. Pendant les cris et pleurs, un peu de voussure, mais

pas de pénétration. Un an plus tard encore, un peu de voussure, pas de tentative de hernie à gauche. A droite le canal laisse passer le petit doigt ; pendant la toux, hernie grosse comme un œuf de pigeon surtout depuis six semaines ; l'enfant est atteint de coqueluche. Bandage double est de nouveau conseillé.

OBSERVATION XXVI

(*In thèse d'agrég. de Segond, 1883. Empruntée à Buchanan.*)

Enfant, âgé de 16 mois, est porteur d'une hernie congénitale inguinale, de la grosseur d'un poing. Il est opéré en 1878. Le sac est incisé à la partie moyenne. La partie inférieure est utilisée comme vaginale. La partie supérieure est refoulée dans le canal inguinal. suture à travers les parois du canal et à travers la portion du sac invaginé. Suture de la peau. Les piliers sont suturés à la soie. La cicatrisation est complète en 3 semaines. Guérison. Quelques mois après la guérison persistait.

OBSERVATION XXVII

(ANDEREGG. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* 1886.)

F. H..., âgé de 8 mois. Pas de hernies dans la famille. La hernie sort constamment sous le bandage.

État actuel : le scrotum gauche gros comme un poing, de sorte qu'un effort de l'enfant le fait descendre presque jusqu'au genou. Hernie facilement réduite ; l'orifice se laisse obturer avec la pulpe du doigt. Enfant vigoureux. Opération le 8 juin 1883. Contenu : intestin grêle. Dissection difficile du sac qui est très mince, ligature au catgut, résection du sac. La pédicule disparaît dans la profondeur ; mais après quelques anses intestinales ressortent et sont difficiles à réduire. Malgré suppuration, guérison en vingt jours. 25 mois après, état bon, pas de récurrence, pas de bandage.

Le testicule gauche se trouve un peu plus haut que le testicule droit.

OBSERVATION XXVIII

(BASSINI, *Archiv. für Klin. Chirurgie*. 1890.)

Fortunat Curraro, 13 mois. Hernie congénitale, volumineuse testiculaire, entéro-épiploïque, irréductible du côté droit.

Opération d'après la méthode de Bassini. Canal inguinal fendu et reconstitué. Opération le 14 avril 1888. Guérison en 11 jours. Vu le 24 juillet 1889. Guérison se maintient.

OBSERVATION XXIX *ibid.*)

Faccini Ugo, âgé de 20 mois. Hernie inguino-scrotule libre, volumineuse, incoercible du côté droit.

Opéré le 5 juin 1888, d'après propre méthode. Guérison en 13 jours. Guérison persiste en juillet 1889, donc 13 mois après.

OBSERVATION XXX (*ibid.*)

Jos. Olivieri de Dolce (Vérone), âgé de 20 mois. Hernie inguinale droite congénitale, volumineuse, mobile, incoercible. Opération le 19 décembre 1888.

Guérison en 18 jours. Mars 1889, donc 3 mois après, il y a récurrence. Mais l'enfant quinze jours après sa sortie de l'hôpital est atteint de gastro-entérite, de tympanisme menaçant son existence. L'enfant guéri, la récurrence est apparue.

Vu :

Le Président de la thèse,

HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 8 juillet 1897.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Anderegg. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1886, p. 207.
Bassini. — *Archiv. f. Klin. Chirurgie*, 1890, p. 429.
Beresowsky. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1895, p. 295.
Berger. — *Traité de chirurgie*, 1892, t. VI.
Braun. — *Berner Klin. Wochenschrift*, janvier, 1881.
Broca. — *Gazette hebdomadaire*, 1889, p. 522.
— *Revue mensuelle des mal. de l'enf.*, 1892, p. 159.
— — — — — 1895, p. 426.
v. Bungner. — *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1894, p. 548.
Chauveau. — Thèse de Paris, 1888.
Chichkoff. — Thèse de Montpellier, 1893.
Delagénière. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 100.
Félizet. — *De la cure radic. des hernies partic. chez les enfants*, 1891.
Félizet. — *Les hernies inguinales de l'enfance*, 1894.
Féré. — *Notes sur l'étranglement herniaire chez les enfants*.
(*Revue mensuelle de méd. et de chir.* 1881.).
Gordon. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1894, n° 42.
Haidenthaller. — *Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1890, p. 493.
Jacquemelle. — Thèse de Lille, 1893.
Karewski. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, mai 1891.
— *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892, n° 18-5.
Knobloch. — Thèse de Breslau, 1890.
Lucas-Championnière. — *Congrès français de chirurgie*, 1888.
— — *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1893.
Malgaigne. — *Leçons cliniques sur les hernies*, 1841.
Natanson. — Thèse de Paris, 1895.
Phocas. — *Mercure médical*, 1892, n° 27.
— *Congrès de chirurgie*, 1895.

Reverdin. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1881, p. 44.

Sachs. — *Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1890, p. 429.

Segond. — Thèse d'agrégation, 1883.

— *Congrès de chirurgie*, 1888.

Socin. — *Congrès de chirurgie*, 1888.

Trélat. — *Congrès français de chirurgie*, 1888.

— *Gazette hebdomadaire*, 1889, p. 104

ERRATA

Page 49, ligne 1, au lieu de *selérogènes*, lire *sclérogènes*.

